

LA MAISON DE RETRAITE DU MONT d'OR

TOME I

HISTORIQUE, EVOLUTION ET FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 16 Mars 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

EFFANTIN Bernard

né le 20 Octobre 1949

à NEVERS

LA MAISON DE RETRAITE DU MONT d'OR

TOME I

HISTORIQUE, EVOLUTION ET FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

THÈSE

présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 16 Mars 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

EFFANTIN Bernard

né le 20 Octobre 1949

à NEVERS

LA MAISON DE RETRAITE DU MONT D'OR

TOME I

HISTOIRE, EVOLUTION ET FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

THÈSE

Présentée

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON

et soutenue publiquement le 14 Mars 1977

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



ÉCRITURE MANUSCRITE

de la Bibliothèque

de Leiden

TABEAU DU PERSONNEL DE L'UNIVERSITE

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Professeur E. ELBAZ

Deuxième Vice-Président

Troisième Vice-Président

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE Grange-Blanche : Directeur : Docteur SALLE (M.C.A.)
Alexis Carrel : Directeur : Professeur MORNEX
Sud-Ouest : Directeur : Professeur NORMAND
Lyon-Nord : Directeur : Docteur NEIDHARDT (M.C.A.)
Directeur Honoraire : Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : Professeur REVILLARD J.P.

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : Docteur MORGON (M.C.A.)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : Professeur BIZOLLON C.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE et SPORTIVE :

Président du Conseil de l'U.E.R. : Professeur R. GUILLET

Directeur : M. MILLON A.

MATHEMATIQUES : Directeur : Professeur E. COMBET

PHYSIQUE : Directeur : Professeur J. DELMAU

CHIMIE et BIOCHIMIE : Directeur : Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : Professeur WORDE J.F

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur : Professeur POUYET B.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur : M. GALLET J.

Directeur E.N.S.A.M.

OBSERVATOIRE : Directeur : M. MONNET Guy

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur : Professeur

AVANT PROPOS

COMPOSITION DU JURY

Président	:	M.	le Professeur ROCHE	U.E.R. Alexis Carrel
Assesseurs	:	MM.	le Professeur PASQUIER	U.E.R. Grange Blanche
			le Professeur Agrégé PALIARD	U.E.R. Sud-Ouest
			le Professeur Agrégé VEDRINNE	U.E.R. Lyon-Nord
			le Docteur DÔ	

AVANT - PROPOS

Lecteurs, avant d'aborder cet ouvrage, il faut que vous sachiez ce qu'il représente pour moi. C'est en même temps une conclusion et un début.

- D'une part, c'est la conclusion de mes années d'études de médecine. Après avoir passé 5 ans à la Faculté de Médecine de Clermont-Ferrand, je suis venu à Lyon.

J'ai apprécié tout de suite la Faculté de Médecine de Lyon, autant pour la qualité de son enseignement que pour le charme de sa faculté centenaire.

Ma femme a joué un grand rôle dans l'adaptation à ce nouveau mode de vie ; son affection m'a toujours soutenu ; que cet ouvrage lui soit une preuve d'attachement.

Je voudrais également que mes parents trouvent dans ce travail le remerciement de tous leurs efforts et le témoignage de mon affection pour eux.

La dernière année des études de médecine consacrée au stage pratique de fin d'études m'a conduit à la Maison de retraite d'Albigny sur Saône et a permis d'approfondir mes connaissances en gériatrie, domaine de la médecine appelé à se développer de plus en plus.

A cette occasion je tiens à remercier les médecins chefs de la Maison de Retraite :

Monsieur le Docteur CHAUVIRE qui s'est toujours intéressé aux problèmes de la gériatrie, et que beaucoup connaissent pour son talent littéraire.

Madame le Docteur BOREL qui se consacre avec efficacité plus particulièrement à la partie administrative de la Maison de Retraite.

Monsieur le Docteur BOGGIO dont j'ai grandement apprécié les qualités médicales et aussi humaines.

Ses compétences d'enseignement alliées à son sens de l'humour et sa gentillesse m'ont permis de passer une année aussi instructive qu'agréable.

Soulignons la collaboration active à la réalisation de cette thèse de :

Monsieur DOLLE, Directeur de la Maison de Retraite

Monsieur RANGO Percepteur de la Maison de Retraite.

et de tout le PERSONNEL ADMINISTRATIF qui a facilité ma tâche dans le travail de recherche.

- D'autre part, cette thèse marque le départ de ma carrière médicale que j'envisage avec appréhension et aussi avec joie.

Si je peux, je continuerai à m'occuper de gériatrie, j'aime le contact avec les personnes dites "du troisième âge", dont la sagesse est proverbiale et qui ont beaucoup à apprendre à celui qui sait écouter.

Ce choix est influencé par l'exemple de ma grand-mère, qui malgré diverses épreuves fait toujours preuve d'un courage et d'une joie de vivre réconfortants pour son entourage.

Maintenant, je laisse à mes Maîtres le soin de juger ce travail :

Monsieur le Professeur ROCHE qui a bien voulu accepter de présider cette thèse.

Monsieur le Professeur PASQUIER qui nous a fait l'honneur de siéger à notre Jury de thèse.

Monsieur le Professeur Agrégé PALIARD, en reconnaissance de la gentillesse de son accueil, nous le remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Monsieur le Professeur Agrégé VEDRINNE. Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Nous avons apprécié la qualité de son enseignement et nous lui exprimons notre reconnaissance de juger cette thèse.

Monsieur le Docteur DO qui nous a guidé dans l'élaboration de ce travail. Nous le remercions pour la patience et la gentillesse qu'il nous a témoignées.

INTRODUCTION GENERALE

La Maison de Retraite du Mont d'Or à ALBIGNY-SUR-SAONE abrite actuellement 700 pensionnaires. Par ailleurs, un secteur convalescent de 225 lits a été créé récemment.

Ce travail a été réalisé par trois stagiaires internés de l'établissement, qui ont effectué leur stage pendant l'année 1975-1976. Il se propose d'étudier principalement le secteur Maison de Retraite, à travers trois aspects qui constituent chacun une partie de l'étude :

- 1) Evolution, présentation et fonctionnement de l'établissement
- 2) Etude de la population de la Maison de Retraite et de son évolution sur 20 ans
- 3) Enquête médico-sociologique auprès de 150 pensionnaires par un entretien personnel avec chacun d'eux.

L'ambition de ce travail est de permettre une meilleure connaissance du rôle d'un tel établissement dans l'hébergement des personnes âgées.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
CHAPITRE I : HISTORIQUE	4
CHAPITRE II : EVOLUTION DE L'ETABLISSEMENT DEPUIS 1955	9
I - <u>Généralités</u>	10
II - <u>Evolution administrative et juridique de l'établissement</u>	11
1 - Situation en 1955	11
2 - La répercussion sur la MDR de la loi de 1958	11
3 - La répercussion sur la MDR de la loi du 31.12.70	13
4 - Conclusion	15
III - <u>La médicalisation de l'établissement</u>	15
1 - Généralités	15
2 - La plan de médicalisation	16
3 - Les travaux à la MDR depuis 20 ans	19
4 - Evolution du personnel de l'établissement	21
5 - Etudes des journées d'hospitalisation en fonction des différentes catégories de pensionnaires	26
Conclusion du chapitre II	32
CHAPITRE III : PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT DE LA M.D.R. ACTUELLEMENT	33
I - <u>Organisation administrative et juridique, perspectives d'avenir</u>	34
II - <u>Situation matérielle, les locaux</u>	35
A - Les locaux	35
B - Situation matérielle et aménagement	37
III - <u>Fonctionnement des services</u>	42
IV - <u>Le personnel</u>	44
V - <u>Fonctionnement financier</u>	44
A - Budget et prix de journée	44
. Généralités	44
. Structure du budget	46
. Budget prévisionnel	46
. Compte administratif	47
B - Paiement du prix de journée	48
C - Revenus des pensionnaires	50
Conclusion du chapitre III	55
<u>Conclusion</u>	56
<u>Conclusion générale</u>	57
<u>Bibliographie</u>	58

PRESENTATION DU TRAVAIL

Ce travail constitue la première partie de notre étude sur la Maison de Retraite du Mont d'Or.

Nous pouvons distinguer trois grands chapitres. Dans un premier temps nous nous efforcerons de tracer l'historique de l'établissement depuis la création du "Dépôt de Mendicité" en 1860 jusqu'à dans les années 1950.

Dans un second chapitre nous tenterons de relater les différentes modifications survenues à la M.D.R. durant les 20 dernières années, ceci nous permettra d'analyser l'évolution de l'établissement aussi bien sur le plan juridique ou administratif que sur le plan médical.

Enfin le dernier chapitre aura pour objet la présentation et le fonctionnement de la Maison de Retraite actuellement. Nous y étudierons l'organisation matérielle, les locaux, l'aménagement et le fonctionnement des Services ; mais aussi le fonctionnement financier de l'établissement.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Par le décret impérial du 5 juillet 1808 portant interdiction de la mendicité sur tout le territoire, Napoléon 1er fut à l'origine de la création des dépôts de mendicité.

Le 19 mai 1855, un nouveau décret impérial autorisa l'acquisition de la propriété du "Sieur Lombard-Buffières" et l'établissement d'un dépôt de mendicité au lieu et place d'Albigny, cela à la demande du conseil général du Rhône.

L'assemblée départementale dut contracter un premier emprunt de 516.250 francs, puis une nouvelle somme de 257.607 francs fut votée pour couvrir les frais d'installation.

Un arrêté préfectoral du 1er mars 1860 décida qu'à partir du 16 août 1860, le dépôt de mendicité d'Albigny remplirait pour le département du Rhône sa fonction prévue lors du décret impérial du 5 juillet 1808.

Ainsi fut créé l'établissement que l'on connaît actuellement sous le nom de maison de retraite du Mont d'Or.

A cette époque, l'établissement était ouvert à deux catégories de pensionnaires :

- d'une part les individus ayant subi une condamnation pour délit de mendicité,

- d'autre part les indigents qui demandaient à être hébergés et dont "l' "état d'indigence" aurait été régulièrement constaté".

Un arrêté préfectoral prévoyait les modalités pour couvrir les frais de fonctionnement de l'établissement :

- le département du Rhône d'une part,
- les communes de domicile des indigents d'autre part concourraient au paiement du prix de journée, et ce proportionnellement aux revenus de la commune.

Le prix de journée était fixé à 75 centimes par pensionnaire et par jour.

Rapidement le nombre des indigents surpassa celui des "mendiants condamnés".

En 1874 l'établissement comptait 564 personnes dont 342 incurables ou vieillards indigents et 222 "condamnés".

Aussi en 1880 le conseil général du Rhône qui présidait alors aux destinées de cet établissement départemental, décida la séparation en principe des "condamnés" et des pensionnaires volontaires.

C'est aussi dans l'année 1881 que l'on décida d'affecter alors l'établissement aux "invalides du travail".

En 1887 la séparation était effectivement terminée ; les deux classes de pensionnaires avaient chacune leur quartier général et une alimentation différente.

Les demandes d'admission d'invalides se multipliant, il fallut envisager un agrandissement de l'asile ; ces travaux s'échelonnèrent des années 1885 à 1904, ce qui permit à l'établissement d'accueillir 864 personnes en cette même année 1904 et pour un prix de journée à l'époque de 1,35 franc.

A cette même période le conseil général décida de bien marquer la séparation des deux établissements en leur donnant à chacun une dénomination différente : "dépôt de mendicité" à l'un, "Maison départementale de retraite" à l'autre. Cette décision reçut en 1899 la ratification ministérielle.

Dans les années suivantes, de nouvelles améliorations furent réalisées :

- agrandissement des réfectoires, transformation et rénovation des dortoirs, création d'infirmes, amélioration sanitaire générale de l'établissement.

Après la guerre de 1914 le prix de journée atteint 12,40 francs.

En 1930 le "sou de poche" fut créé à l'initiative d'un conseiller socialiste, cordonnier de son état ; en effet dans le souci d'améliorer la condition de vie des pensionnaires d'Albigny, Monsieur Richerand demandait au conseil général d'allouer une somme de 5 francs par mois aux hospitalisés volontaires ne bénéficiant pas d'une rente au moins égale à 120 francs.

Par ailleurs, soucieux de ne pas séparer les époux, Monsieur Richerand demanda en 1924 au conseil général la construction d'une maison pour "vieux ménages" dans le but d'accueillir les époux bénéficiaires de l'assistance et de prolonger le plus possible la vie commune. En fait cette réalisation ne put être effectuée dans l'immédiat : c'est seulement en 1931 que la maison de retraite put réserver 10 chambres individuelles à l'accueil

des vieux ménages, l'année suivante ce nombre passa à 25 chambres.

Mais les conditions de salubrité et d'hygiène faisaient défaut à ces chambres. Aussi sur proposition de la commission de surveillance, le conseil général décidait le 16 mai 1935 la construction d'un pavillon de trois étages ; chaque étage devait comprendre une salle de service et douze chambres pourvues de tout le confort pour accueillir un couple.

Le pavillon "Bonfond", qui porte le nom du directeur d'alors, fut inauguré le 19 septembre 1937.

En 1939 la maison départementale de retraite d'Albigny abritait près de 1400 vieillards, infirmes ou incurables avec un budget de 8 millions pour un prix de journée de 15,60 F ; alors que l'ancien "dépôt de mendicité" toujours présent comptait 67 "mendiants condamnés" avec un budget de 80.000 francs pour un prix de journée de 11,60 francs.

Devant les transformations successives de l'établissement le conseil général demandait en 1946 que seul le nom de "maison départementale de retraite du Mont d'Or" puisse figurer sur les papiers administratifs.

Le projet d'aménagement d'un nouveau pavillon destiné à héberger de vieux ménages avait été évoqué à la commission de surveillance dès 1949 ; mais la réalisation de ce projet fut retardée de 6 ans. Ce n'est qu'en 1954 que ce nouveau pavillon (l'actuel pavillon "Accueil") fut ouvert.

Mais c'est surtout durant ces 20 dernières années que la maison départementale de retraite a connu ses mutations les plus marquantes ; et l'on peut affirmer que l'établissement a connu une évolution plus importante pendant ces 20 dernières années que pendant les 100 premières années.

Cette évolution va se manifester dans tous les domaines :

. Sur le plan administratif :

l'établissement à l'origine géré par le conseil général du Rhône va devenir un établissement public avec une autonomie de décision et de gestion de plus en plus accentuée.

. Evolution aussi dans ses buts et attributions :

En effet conçu à l'origine pour accueillir des mendiants condamnés, cet établissement a tour à tour hébergé des infirmes, des indigents, des déclassés, des vieillards valides mais sans ressources.

Depuis une vingtaine d'années la médicalisation de ses services va être la caractéristique principale de l'évolution de l'établissement :

- hébergement de plus en plus important de personnes non valides ou de malades nécessitant des soins constants ; recul du nombre de personnes valides.

- Emploi d'un personnel médical et para-médical de plus en plus nombreux et compétent, comprenant des médecins, internes et stagiaires internés, ce qui permet une surveillance médicale continue et précise.

- Construction de nouveaux pavillons destinés à accueillir des personnes convalescentes.

- Modification et aménagement des anciens bâtiments, dans l'optique d'une amélioration sanitaire générale ; réfection complète des anciennes infirmeries et création de nouvelles infirmeries.

Actuellement la maison de retraite du Mont d'Or n'a plus rien de commun avec le dépôt de mendicité originel. Les condamnés ont heureusement disparu et l'évolution médicale actuelle fait que l'établissement tend de plus en plus à remplir les fonctions d'un centre de gériatrie.

CHAPITRE II

EVOLUTION DE L'ETABLISSEMENT DEPUIS 1955

I - GENERALITES :

Dans le chapitre précédent nous avons brièvement tracé l'histoire du dépôt de mendicité transformé à la suite de changements successifs en maison départementale de retraite.

En fait c'est surtout durant ces dernières années que l'établissement a été profondément marqué par les différentes mutations et qu'il se dirige vers des orientations nouvelles.

Nous avons délibérément choisi d'étudier ces 20 dernières années pour deux raisons essentielles :

- . étudier la maison de retraite depuis son origine eut été un travail fastidieux et difficile en raison des recherches qu'il aurait nécessitées.

- . les modifications importantes ont véritablement commencé à la fin des années 1950, et au début des années 1960 ; ainsi en débutant notre étude quelques années avant (1955) nous pouvons avoir une idée de l'état des choses antérieures.

Aussi dans ce chapitre, nous étudierons :

- dans un premier temps l'évolution administrative de l'établissement,
- dans un deuxième temps ce que nous appelons "la médicalisation de la maison de retraite".

Les différents renseignements et faits cités concernant la maison départementale de retraite ont été obtenus par l'étude approfondie du compte-rendu moral et administratif de l'établissement établi chaque année.

II - EVOLUTION ADMINISTRATIVE ET JURIDIQUE :

a) La situation en 1955 :

. Depuis sa création en 1860 et durant les 95 premières années de sa vie, l'établissement n'a que peu changé sur le plan administratif.

En 1955 la dénomination de dépôt de mendicité a disparu et le nom officiel est Maison Départementale de Retraite du Mont d'Or.

. Comme son nom l'indique c'est un établissement départemental. Il dépend directement du conseil général du Rhône comme il avait été prévu à l'origine ; le conseil général préside aux destinées de l'établissement et doit ratifier toutes les décisions.

A cette époque la maison départementale du Mont d'Or est gérée par :

- une commission de surveillance comme lors de sa création,
- cette commission de surveillance est composée de 9 membres dont 1 président ; elle se réunit 12 fois par an, expédie les affaires courantes mais ne donne que des avis sur les décisions à prendre qui doivent être obligatoirement soumises à la ratification du conseil général du Rhône.

. On voit donc qu'à cette époque la vie de l'établissement est liée à celle du département du Rhône et dépend de l'action de l'assemblée représentative du département.

Cet état de choses va se maintenir jusqu'en 1958 et les changements vont apparaître dans les années suivantes grâce à la loi du 11 décembre 1958.

b) La répercussion sur la maison départementale de retraite du Mont d'Or de l'ordonnance n° 1198 du 11/12/58

. La loi de décembre 1958 relative aux hôpitaux et hospices prévoit que les hôpitaux et hospices fonctionnant à cette époque comme services non personnalisés des collectivités publiques soient dans l'année suivante érigés en établissements publics indépendants, ou rattachés à un établissement public existant déjà.

. Lors de la séance du 13 avril 1959 la commission de surveillance écarte l'hypothèse du rattachement de la maison départementale à un autre établissement public.

. Aussi le conseil général du Rhône le 2 octobre 1959 approuve le principe de l'érection en établissement public autonome de la maison départementale de retraite. Il propose en outre et conformément aux disposi-

tions de la loi que le nouvel établissement soit géré par une commission administrative présidée par le président du conseil général du Rhône assisté de 4 conseillers généraux et 4 autres membres choisis par le préfet en fonction de leur connaissance particulière des problèmes hospitaliers et sociaux.

Cette mutation implique pour son fonctionnement normal l'octroi en toute propriété des biens meubles et immeubles à l'établissement.

. De plus les dispositions de cette loi définissent les nouvelles attributions de la commission administrative et du directeur de la M. D. R.

- La commission administrative règle sous le contrôle de l'autorité de tutelle les affaires de la maison de retraite ; elle a une compétence générale alors que les autres dépositaires du pouvoir, en particulier le directeur de l'établissement, n'a que des prérogatives limitativement énumérées : les plus importantes étant

- d'assurer le fonctionnement de la maison,
- de nommer le personnel,
- d'exercer les fonctions d'ordonnateur, c'est-à-dire de passer les marchés.

. Cette loi de 1958 a pour but de réduire l'influence des collectivités locales puisque la maison départementale de retraite se transforme en établissement public autonome et que la commission administrative remplaçant l'ancienne commission de surveillance se substitue au conseil général au niveau de la prise de décision.

. En fait lorsqu'on observe attentivement la composition de cette commission administrative, on se rend compte que l'assemblée départementale a encore un grand rôle puisqu'elle détient 5 sièges sur 9.

. La loi de 1958 n'est pas appliquée du jour au lendemain, et c'est seulement 3 ans plus tard, en décembre 1961, que paraît le décret d'application qui transforme la situation administrative et juridique de l'établissement. A partir de cette date la Maison Départementale du Mont d'Or devient la Maison de retraite du Mont d'Or : c'est un établissement public autonome doté de personnalité morale :

- établissement public : c'est-à-dire sans but lucratif,
 - doté de personnalité morale : la Maison de Retraite dispose de plusieurs prérogatives, en particulier une plus large autonomie de décision et de gestion :

. L'autonomie de décision permet, dans le cadre des lois et des règlements, à la Maison de retraite d'accomplir tous les actes nécessaires à l'exécution de son service, par l'intermédiaire de ses représentants : essentiellement la commission administrative et le directeur de l'hôpital.

. L'autonomie de gestion par la commission administrative donne à la Maison Départementale de Retraite une autonomie financière d'où

la nécessité, étant un établissement sans but lucratif, d'obtenir un équilibre des dépenses et des recettes. On voit dès maintenant l'importance de fixation du prix de journée, décision qui incombe à la commission administrative.

. Le délai de parution du décret d'application a comme conséquence de retarder certains travaux et projets comme nous le verrons dans un prochain paragraphe. En effet la situation de la Maison de Retraite restant en suspens pendant 3 ans, l'ancienne commission de surveillance ne peut prendre des décisions qui risquent d'engager l'avenir de l'établissement.

. En définitive, la loi de 1958 donne à la Maison de Retraite une plus grande indépendance et cela pour 2 raisons principales :

- Par l'intermédiaire de la commission administrative l'établissement possède une plus large autonomie de décision et de gestion.

En plus l'avenir de la Maison de Retraite n'est plus entièrement lié dans les textes tout au moins à l'action et aux décisions du conseil général du Rhône.

- Par ailleurs les biens meubles et immeubles, terrains, titres et rentes autrefois affectés par le département du Rhône à la Maison de Retraite deviennent par la loi de décembre 1958 la propriété de l'établissement. L'acte administratif signifiant le transfert de propriété est signé en 1963.

c) Les répercussions sur la Maison de retraite de la loi du 31 décembre 1970 portant sur la réforme hospitalière

Avec la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 une nouvelle étape va être franchie pour l'autonomie de la Maison de retraite. Il nous est apparu utile d'étudier les transformations apportées à l'établissement car elles sont peut-être aussi importantes que celles de la loi de 1958.

. En premier lieu cette loi de 1970 fait une distinction entre deux catégories d'établissement : d'une part les établissements à caractère hospitalier, d'autre part les établissements à caractère social.

Il est stipulé entre autre que la Maison de retraite fait partie de cette deuxième catégorie d'établissement. Par le décret d'application du 2 mai 1972 la Maison de retraite est classée comme établissement à caractère social et conformément à la loi de 1970 une seule partie des dispositions de celle-ci lui est applicable :

- Tout d'abord la commission administrative née de la loi de 1958 disparaît et laisse la place à un conseil d'administration.

- L'ancienne commission administrative possédait 9 membres ; le nouveau conseil d'administration est formé de 6 membres :

général du Rhône

- . un président de droit qui est le président du conseil
- . deux membres conseillers généraux
- . un représentant du régime légal obligatoire d'assurance vieillesse
- . un représentant du personnel de l'établissement
- . un membre nommé par le préfet en fonction de ses connaissances des problèmes hospitaliers et sociaux.

- On remarque donc de nouvelles modifications par rapport à la loi de 1958 puisqu'actuellement le conseil général ne possède plus que 3 sièges sur 6 alors que dans l'ancienne commission administrative l'influence de l'assemblée départementale était plus grande puisqu'elle possédait 5 sièges sur 9.

. Les nouvelles dispositions de la loi de décembre 1970 vont modifier le rôle et les attributions du conseil d'administration.

Alors qu'auparavant la commission administrative avait compétence générale pour régler les affaires de l'établissement, l'actuel conseil d'administration ne détient plus que des prérogatives limitativement énumérées et dont les principales sont :

- vote des budgets et des comptes, ce qui inclut la décision de fixer le montant des prix de journée,
- ventes, acquisitions, équipements, modifications de biens nécessaires à la bonne marche de l'établissement,
- décision concernant la prévision des emplois et effectifs nécessaires à un fonctionnement normal.

. De même les fonctions du directeur de l'établissement vont se trouver modifiées :

Auparavant le directeur possédait des prérogatives limitées ; par la loi de 1970 ses compétences vont se trouver élargies ; il est en effet chargé de l'exécution des délibérations du conseil d'administration et il est en outre compétent pour régler les affaires de la Maison de retraite autres que celles dévolues au conseil d'administration.

Il représente la Maison de Retraite dans les actes de la vie administrative et en justice ainsi que dans tous les autres actes de la vie civile.

C'est le directeur qui prépare le budget prévisionnel et le soumet au vote du conseil d'administration.

En plus depuis la loi de 1970 le directeur exerce dans leur plénitude les fonctions d'ordonnateur ; c'est-à-dire pour simplifier qu'il est responsable de la comptabilité administrative, de la gestion et de la conservation du patrimoine de l'établissement.

Il possède en quelque sorte la "compétence générale" qui était auparavant l'attribution de la commission administrative.

En conclusion, la loi du 31 décembre 1970 aboutit à une plus grande indépendance de la Maison de retraite ; en effet c'est le directeur qui détient maintenant le rôle le plus important dans la marche des affaires de l'établissement. En outre l'influence des collectivités locales et en particulier du conseil général du Rhône est amoindrie au niveau du conseil d'administration.

d) Conclusion

En définitive ce rapide survol de la situation administrative et juridique de l'établissement au cours de ces vingt dernières années met en évidence les changements qui aboutissent à une indépendance de plus en plus marquée de la Maison de Retraite.

En 1955 c'est le conseil général qui tient les rennes de la Maison de Retraite ; par la loi de 1958 elle devient un établissement public indépendant. La loi de 1970 renforce son autonomie en particulier dans la décision et la gestion.

III - LA MEDICALISATION DE L'ETABLISSEMENT

a) Généralités :

. A l'origine le dépôt de mendicité est conçu pour recevoir les mendiants condamnés d'une part et les indigents d'autre part, mais rapidement il va recevoir des personnes non valides puisqu'en 1881 une partie de l'établissement va être réservée aux invalides du travail. Dès cette époque une petite orientation médicale se dessine dans la vocation de la Maison de Retraite.

. Aussi en 1955 nombre de pensionnaires sont des personnes nécessitant des soins médicaux plus ou moins suivis selon leur état, et durant cette année 1955, 196 personnes hébergées à la Maison de Retraite doivent être hospitalisées dans les hôpitaux. Pendant cette période le recrutement est assez varié : 25 % des pensionnaires entrés pendant l'année 1955 ont moins de 60 ans. Par ailleurs dans la population totale de l'établissement, on compte de nombreux indigents, déclassés, associaux et jeunes débiles mentaux.

En 1955 l'établissement, plus qu'une Maison de Retraite, s'apparente à un "hospice" où l'on héberge alors en plus des vieillards les déclassés de la société.

. Pendant la période s'étendant de 1956 à 1961, la population totale de la Maison de Retraite s'accroît et le nombre annuel des journées d'hospitalisation augmente. Dans le même temps l'établissement accueille davantage de pensionnaires malades ou non valides.

. En 1962 le rapport médical présenté chaque année dans le cadre du compte administratif de l'établissement par le docteur de l'établissement fait état de cette orientation particulière de la Maison de Retraite : ce rapport souligne en effet : "L'augmentation numérique incessante des malades" ainsi que "la progression constante de la morbidité" ; "les malades que nous avons aujourd'hui ne sont aucunement comparables à ceux que nous avions hier et l'influence médicale est amenée à se faire sentir dans tous les secteurs de l'établissement".

Le médecin de la Maison de Retraite conclut son rapport en insistant sur la nécessité d'une transformation rapide de la maison en établissement à vocation hospitalière.

C'est donc en 1962 que la commission administrative s'inquiète de l'orientation de la Maison de Retraite et jette les grandes lignes de cette transformation.

b) Le plan de médicalisation

L'élaboration de ce plan et sa réalisation ont nécessité de nombreuses modifications et nous nous proposons d'en étudier les étapes successives.

. Donc en 1962 la commission administrative étudie les bases de l'orientation nouvelle de la maison.

En effet devant le développement des "maisons de quartier", de l'aide médicale, de l'aide ménagère à domicile qui doivent jouer en faveur des personnes âgées, on prévoit d'orienter la Maison de Retraite vers le recrutement et les soins des vieillards malades.

Mais cette transformation nécessite :

1) tout d'abord un désencombrement de la Maison de Retraite de 25 %,

- 2) puis une sectorisation des pensionnaires en 3 catégories :
- les personnes âgées valides et semi-valides
 - les vieillards malades atteints d'affections aiguës
 - enfin des personnes non valides, grabataires, etc...

. En 1963 et 64 le programme du plan de modernisation se précise et les avant-projets prévoient la création de deux secteurs dans l'établissement :

- Un secteur Maison de Retraite comprenant :
 - . 4 pavillons à créer (les actuels pavillons A, B, C, D)
 - . le pavillon accueil et 1 pavillon à créer (l'actuel pavillon Résidence)
 - . le quartier ouest
- Un secteur médical complètement rénové comprenant :
 - . les services du bâtiment central : actuellement L2, L3, L4, L5, K2, K3, K4, K5
 - . les deux annexes (M et N)
 - . les infirmeries grabataires (H3 et H4).

Cette transformation de l'établissement permettait d'héberger :

- les pensionnaires valides dans le secteur Maison de Retraite
- les pensionnaires non valides et malades dans le secteur médical.

De plus ce programme de modernisation prévoit la participation de la sécurité sociale au paiement du prix de journée des pensionnaires malades. Ce point est important à souligner car la prise en charge de la sécurité sociale va en quelque sorte affirmer "la vocation hospitalière" de la Maison de Retraite.

C'est en 1964 que la sectorisation des pensionnaires devient effective avec 2 parties :

- un secteur valides : personnes pouvant se suffir à elles-mêmes,
- un secteur non-valides : personnes ne pouvant se suffir à elles-mêmes en raison de leur état physique ou psychique.

Le prix de journée est différent pour ces deux catégories de pensionnaires.

. 1965, 1966, 1967 sont des années de transition pendant lesquelles les avant-projets sont affinés, puis soumis à l'approbation de la commission d'équipement sanitaire et enfin ratifiés par le ministère compétent.

Il faut remarquer que c'est en 1966 que débute le secteur "médical" proprement dit : c'est-à-dire recevant pour une période variable (8 jours à 2 mois) des pensionnaires à la phase aiguë de leur maladie. L'occupation moyenne de ce secteur est de 58 lits et il est pris en charge par la sécurité sociale.

A partir de cette date les pensionnaires sont répartis dans les 3 secteurs existant : valides, non valides ou malades.

C'est pendant cette même année que l'on prévoit de rattacher le pavillon Bonnefond au secteur médical.

La réalisation de ce plan de modernisation va débiter seulement en 1967 et s'échelonner sur plusieurs années ; en outre de nombreuses et importantes modifications vont être apportées en cours de route.

. Tout d'abord en 1969 la destination primitive du pavillon Bonnefond est modifiée ; selon le plan de rénovation ce pavillon devait être inclus dans le secteur médical, c'est-à-dire prévu pour l'hébergement et les soins des pensionnaires malades ou non valides. Mais dès 1969, après des travaux de rénovation, le recrutement du pavillon est composé essentiellement de convalescents, c'est-à-dire de personnes qui sortent d'hospitalisation (dans les hôpitaux lyonnais le plus souvent) mais dont l'état de santé nécessite un séjour de convalescence sous surveillance médicale avant un retour à domicile.

Cette transformation de la destination primitive du Pavillon Bonnefond nous amène à faire deux remarques :

- En premier lieu il est certain que ce pavillon, s'il n'héberge plus de pensionnaires malades à titre définitif, n'en conserve pas moins une "vocation hospitalière" puisque le recrutement est formé de convalescents dont l'état nécessite une surveillance médicale.

- Deuxièmement la nouvelle formule de fonctionnement du pavillon Bonnefond, c'est-à-dire l'accueil de convalescents, ouvre la voie à une nouvelle activité pour la Maison de Retraite, qui va se développer comme nous allons le voir.

Une étude de l'activité du pavillon Bonnefond, effectuée en 1970 dans le cadre du rapport médical de l'établissement, met en évidence le succès de cette forme fonctionnant pendant les années 1969 et 1970.

De plus devant la progression constante des pensionnaires non valides ou malades et le recul des valides, les médecins préconisent pour les futurs pavillons A, B, C, D à construire une utilisation différente de celle prévue par le plan directeur qui les destinait à recevoir des pensionnaires valides.

Le fonctionnement de ces pavillons serait le suivant :

- un pavillon (A) serait affecté aux convalescents comme Bonnefond,
- un pavillon (B) serait affecté aux pensionnaires valides,
- les deux autres pavillons (C) et (D) seraient réservés pour les personnes malades ou non valides.

En 1972 le pavillon (A) ouvre ses portes ; les demandes d'admission en convalescence pour 1 ou 2 mois sont très nombreuses et la première année tous les lits sont remplis. Devant ce fait le conseil d'administration accepte la proposition d'élargir l'activité du secteur convalescent et d'y affecter les pavillons (B) et (C) ; ceci fut réalisé en 1973 et 1974. Le dernier pavillon (D) est alors réservé aux pensionnaires de la Maison de Retraite valides ou semi-valides.

En définitive le plan de modernisation et les modifications apportées en cours de route se traduisent par une progression constante de "l'activité hospitalière" qui tient actuellement une place majeure dans le fonctionnement de l'établissement.

Désormais on distingue deux secteurs dans l'établissement :

1) le secteur Maison de Retraite proprement dit, dans lequel les pensionnaires hébergés sont classés en 3 catégories :

- . valides : personnes se suffisant à elles-mêmes
- . non valides : personnes ne se suffisant pas à elles-mêmes
- . malades : pensionnaires touchés par la maladie et durant la phase aiguë de celle-ci.

2) le secteur dit convalescent :

où l'on accueille des convalescents à leur sortie d'hôpital pour une période variable de 1 à 3 mois selon leur état.

Il faut souligner que seuls les frais de journée des malades et des convalescents sont pris en charge par la sécurité sociale.

Le plan de modernisation de l'établissement va se manifester par la médicalisation dans de nombreux domaines : nous allons essayer d'en dégager les points les plus importants :

c) Les travaux à la Maison de Retraite depuis 20 ans

Avant d'étudier l'influence de la médicalisation de la Maison de Retraite sur les travaux entrepris, il importe de situer les bâtiments en 1955. (cf : schéma d'ensemble des principaux bâtiments de la M. D. R., p. 38).

A cette époque la Maison de Retraite comportait :

- le grand bâtiment central qui abritait :
 - . les services généraux
 - . la cantine
 - . des grands dortoirs de 60 lits
 - . les infirmeries de grabataires.

- les deux bâtiments latéraux (ou annexes), appelés infirmerie "hommes" et infirmerie "femmes" actuellement bâtiments M et N

- derrière ce complexe se trouvait un autre bâtiment abritant les cuisines avec au-dessus des dortoirs de plus de 60 lits

- à l'ouest, le bâtiment ouest abritant des dortoirs (futur pavillon E)

- par ailleurs les pavillons Bonnefond et accueil hébergeaient des couples.

En ce qui concerne les gros travaux effectués à la Maison de Retraite, on peut distinguer 4 grandes périodes :

1) La première époque de 1955 à 1958 inclus est marquée surtout par la réfection des dortoirs "hommes" et "femmes", qui transforme les grands dortoirs de 50 à 60 lits en petites chambres de 5, 4, 3 ou 2 lits plus modernes et accueillantes pour des pensionnaires âgés qui veulent finir leur vie à la Maison de Retraite. En plus des travaux d'entretien nécessaires à la bonne marche de l'établissement, on note la mise en place d'un ascenseur.

Ces travaux traduisent bien sûr une volonté de modernisation de la Maison de Retraite de la part de la commission de surveillance mais n'intéressent pas sa médicalisation proprement dite.

2) Les 3 années suivantes, de 1959 à 1961, constituent une période d'expectative. Nous avons vu en effet dans un paragraphe précédent qu'en 1958 paraît une loi modifiant les statuts de l'établissement et qu'il faut attendre la fin de l'année 1961 pour voir apparaître le décret d'application. Durant ces 3 années la commission de surveillance ne se risque pas à prendre des décisions hypothéquant l'avenir, c'est pourquoi, mis à part les travaux d'entretien, aucun gros travail n'est entrepris.

3) A partir de 1962 et jusqu'en 1966, la commission administrative va mettre au point le plan d'orientation de la maison. Déjà pendant cette période la médicalisation se fait un peu plus sentir.

En plus de la transformation des dortoirs du bâtiment ouest en chambres à 2, 3 ou 4 lits, on remarque la rénovation de 2 infirmeries avec la création de 56 lits "de malades" et participation de la Sécurité Sociale au prix de journée.

4) Enfin en 1967 commence la réalisation du plan de modernisation avec la création du pavillon "La Résidence", qui sera ouvert en 1968 et destiné à abriter des pensionnaires valides de la Maison de Retraite.

En 1968 également sont réalisés les travaux de modernisation

du Pavillon Bonnefond qui héberge des convalescents.

En 1969 plusieurs réalisations :

. Début des travaux de modernisation des infirmeries de grabataires, qui seront achevés en 1971 et les transformeront en de véritables infirmeries avec chambres de 1, 2 ou 3 lits.

. Début des chantiers des futurs pavillons A, B, C, D, qui ouvrent en 1971 pour le pavillon A, en 1972 pour les pavillons B et D, en 1973 pour le pavillon C.

En 1970 restauration des bâtiments H et transformation des dortoirs de 70 lits en chambres de 1 ou 2 lits.

En 1971 et 1972, travaux dans les bâtiments annexe Sud (M) qui peut abriter 66 pensionnaires au lieu de 140 avant la rénovation.

C'est donc surtout depuis la mise en oeuvre du plan de modernisation que les travaux effectués traduisent la médicalisation de la maison :

- actuellement les grands dortoirs ont disparu et ont laissé la place à des chambres de 2, 3 ou 4 lits,

- les anciennes "infirmeries" vétustes sont rénovées et sont devenues des locaux fonctionnels, qui permettent d'exercer une bien meilleure surveillance médicale,

- les nouveaux pavillons conçus à l'origine pour héberger des résidents valides, accueillent maintenant des convalescents.

d) Le personnel de l'établissement

Nous voulons montrer dans ce paragraphe, à l'aide de 3 tableaux, l'évolution du personnel de la Maison de Retraite en étudiant le nombre respectif de postes dans chaque catégorie de personnel.

L'étude du tableau I (effectif théorique de la maison de retraite) amène plusieurs commentaires :

- le personnel para-médical a subi une nette progression en chiffre absolu puisqu'il passe de 39 en 1956 à 248 en 1974, ceci malgré une diminution du nombre de lits,

- alors qu'en 1956 le personnel para-médical ne représentait que 23,21 % du total, en 1974 la proportion passe à 49,30 %.

TABLEAU I

	Personnel total *	Personnel Para-Médical				
		Infirmières	Aides- soignantes	Agents service hospitalier	Total	Pourcen- tage
1974	503	21	90	137	248	49,30
1973	479	21	109	108	238	50
1972	466	18	109	108	235	50,42
1971	333	18	49	64	131	39,40
1970	333	18	49	60	127	38,14
1969	324	18	37	60	115	35
1968	316	18	37	60	115	36,40
1967	229	13	26	24	63	28,50
1966	229	13	26	24	63	28,50
1965	227	13	26	24	63	28,60
1864	219	13	26	24	63	28,75
1963	202	13	18	16	47	23,25
1962	183	12	15	16	43	23,50
1961	180	12	15	13	40	22
1960	179	12	15	13	40	22,35
1959	171	16	15	13	44	25,80
1958	170	16	15	13	44	25,80
1957	169	21	5	18	44	26
1956	168	21	5	13	39	23,21
1955						

EFFECTIF THEORIQUE DE LA MDR

* La colonne intitulée "Personnel total" correspond au nombre total du personnel de la maison excepté le personnel de direction, les médecins, internes et stagiaires internés.

TABLEAU II

	Infirmières EFFECTIF		Aides-soignantes EFFECTIF		A.S.H. ★ EFFECTIF		Personnel médical total	
	Théor.	Réel	Théor.	Réel	Théor.	Réel	Théor.	Réel
1974	21	12	90	69	137	129	248	210
1973	18	13	109	63	108	127	238	203
1972	18	12	109	57	108	113	235	182
1971	18	14	49	46	64	83	131	143

★ A.S.H. : Agents des Services Hospitaliers

Comparaison entre effectif théorique et réel pour
le personnel médical et para-médical de la M. D. R.

- Il faut noter que le nombre des infirmières a peu varié depuis 20 ans et que l'augmentation d'effectif porte surtout sur les aide-soignants ainsi que les agents de services hospitaliers.

Ceci s'explique assez facilement : comme nous le verrons plus tard, les catégories de pensionnaires progressant le plus vite sont les non valides, et les malades ; c'est-à-dire des sujets qui nécessitent presque constamment la présence de tierces personnes dans les actes de la vie courante.

Le tableau II (comparaison entre effectif théorique et réel pour le personnel médical et para-médical de la Maison de Retraite) montre que l'effectif réel est presque toujours inférieur aux chiffres théoriques approuvés. Le recrutement du personnel, en particulier du personnel médical, a toujours été un problème pour la Maison de Retraite.

Le tableau III (Evolution du nombre de médecins, internes, stagiaires internés depuis 20 ans) montre également une nette augmentation des effectifs :

- En 1955 un seul médecin à temps complet s'occupe de tous les pensionnaires de la Maison, puis en 1965 la commission administrative approuve le recrutement d'un deuxième médecin à temps partiel, enfin en 1972 un troisième médecin à temps partiel entre à l'établissement.

- Un seul interne est prévu au départ dans l'établissement, puis en 1965 le nombre passe à 2 pour aboutir au chiffre actuel de 4 internes.

- Les stagiaires internés arrivent plus tard dans l'établissement puisque ce n'est qu'en 1968 que 2 postes sont créés ; leur nombre progresse plus rapidement que celui des internes et est actuellement porté à 9.

De plus de nombreuses consultations de médecins spécialistes sont créées pendant ces dernières années permettant une surveillance accrue des pensionnaires et une autonomie médicale plus grande de la Maison de Retraite :

- En mars 1966 création d'une consultation hebdomadaire de psychiatrie,

- En novembre 1967 consultation hebdomadaire d'ophtalmologie,

- Début 1968 consultation hebdomadaire de cardiologie.

En ce qui concerne les masseurs-kinésithérapeutes : en 1955 il n'y a pas de poste, celui-ci est créé en 1963 seulement. Leur nombre passe à 4 en 1974, mais soulignons également les difficultés de recrutement de personnel.

TABLEAU III

Année	Médecins chef de service	Internes	Stagiaires internés
1974	3	4	9
1973	3	4	6
1972	3	3	6
1971	2	3	6
1970	2	2	4
1969	2	2	4
1968	2	2	2
1967	2	2	
1966	2	2	
1965	2	2	
1964	1	1	
1963	1	1	
1962	1	1	
1961	1	1	
1960	1	1	
1959	1	1	
1958	1	1	
1957	1	1	
1956	1	1	
1955	1	1	

Evolution du nombre de médecins, internes
et stagiaires depuis 20 ans

Outre le personnel médical proprement dit, la médicalisation s'est manifestée dans d'autres secteurs :

- au niveau des secrétaires médicales, de 1 leur chiffre est passé à 5 en 1974,

- apparition d'un ergothérapeute et d'une assistante sociale depuis quelques années.

En définitive ces chiffres mettent en évidence la progression constante du personnel médical et para-médical de l'établissement et ce à tous les niveaux : infirmières, aides-soignants, agents de service hospitaliers, médecins, internes ou stagiaires internés.

Cette augmentation d'effectif, rapprochée du fait de la diminution progressive des lits durant ces 20 dernières années, souligne une volonté de médicalisation de l'établissement.

e) Etude des journées d'hospitalisation en fonction des différentes catégories de pensionnaires depuis 1955

Nous nous proposons d'apprécier l'évolution de la Maison de Retraite en étudiant pour chaque année le nombre de journées d'hospitalisation réalisé en fonction de chaque catégorie de pensionnaires ; ceci grâce au tableau IV qui donne pour chaque année : le nombre total de journées d'hospitalisation, le nombre de journées pour les différentes catégories : valides, non valides, malades, ainsi que les pourcentages respectifs. L'étude de ce tableau IV permet de faire plusieurs remarques :

- Nombre total des journées d'hospitalisation

- . Tout d'abord on remarque une première époque de 1955 à 1964 pendant laquelle le total des journées d'hospitalisation reste à peu près stable.

- . Puis à partir de 1964 jusqu'en 1974 on note une diminution constante du total ; en fait cela s'explique assez bien par le plan de modernisation de la Maison de Retraite, qui commence à se faire jour et qui prévoyait un désencombrement de 25 % de sa capacité. Cette diminution est d'ailleurs réalisée puisqu'on a une différence de 100 000 journées d'hospitalisation (total) entre 1955 et 1974.

Cette baisse du total des journées est due essentiellement aux travaux de rénovation et modernisation des services ainsi que nous l'avons dit précédemment.

Enfin cet abaissement du nombre total de journées est à souligner particulièrement durant les 3 dernières années car elle se fait en dépit de la création et l'ouverture des 4 pavillons A, B, C, D d'une capacité de 76 lits chacun ; c'est dire l'effort fait en ce qui concerne l'amélioration des conditions d'hébergement dans les anciens bâtiments.

- Nombre de journées d'hospitalisation en secteur valide

Rappelons tout d'abord le fait que la catégorisation administrative des pensionnaires en valides et non valides n'est officielle qu'à partir de 1964 ; de même la catégorie "malade" n'apparaît qu'en 1966. Ce qui explique que les statistiques du tableau IV ne débutent qu'à partir de ces années.

Le tableau IV met en évidence une diminution considérable des journées de valides puisqu'elles passent de 297.957 à 87.258 en 20 ans, soit une baisse des deux tiers. En outre le pourcentage de ces journées par rapport au nombre total subit lui aussi une chute importante puisqu'il passe de 67,90 % en 1955 à 26,51 % en 1974.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène :

- . La modernisation des bâtiments et le désencombrement y sont certainement pour quelque chose mais ne sont pas les seules causes.

- . En effet depuis quelques années le sort des personnes âgées préoccupe les pouvoirs publics et la ville de Lyon en particulier. Ainsi certaines réalisations telles que l'aide sociale, l'aide ménagère à domicile, l'aide médicale facilitent le maintien à domicile. Le système de retraite et de "minimum vieillesse", même s'ils sont encore très insuffisants, joue dans le même sens.

- . En outre l'augmentation du prix de journée qui atteint 46,85 francs par jour et par pensionnaire valide en 1974 pèse lourd dans le portefeuille d'une personne qui pourrait pour le même prix vivre chez elle ou en résidence pour personnes âgées.

- Journées d'hospitalisation en non valides

- . En nombre absolu il existe une progression modérée mais assez continue des journées de non valides de 1964 à 1971, puis pendant 2 ans légère baisse et de nouveau reprise en 1974. Le pourcentage de ces journées par rapport au nombre total varie à peu près parallèlement ; en effet en 1964 environ un tiers des pensionnaires sont déclarés non valides ; en 1971 il y en a plus de la moitié et en 1974 le pourcentage est de près 48 %.

- . Cette hausse des journées de non valides est assez remarquable si l'on garde à l'esprit la baisse du nombre total des journées pendant

ces 11 ans ; il est donc évident qu'il y a à la Maison de Retraite de plus en plus de pensionnaires non valides.

. On peut expliquer la petite baisse des journées réalisée en 1971 et 1973 par le fait qu'à cette période les travaux de réfection et rénovation des infirmeries et dortoirs ont immobilisé de nombreux lits ; mais aussi les pavillons A, B, C, D prévus à l'origine pour accueillir des pensionnaires de la Maison de Retraite vont en fait changer d'orientation et sont destinés aux convalescents : ils font ainsi partie du secteur "malades".

- Journées d'hospitalisation en malades

L'évolution du nombre de journées en "malades" est résumée dans la dernière colonne du tableau IV et dans le tableau IV bis.

Ce secteur créé administrativement depuis 1966 est celui qui a le plus progressé puisqu'en chiffre absolu le nombre des journées est passé de 21.433 à 84.598 de 1966 à 1974, le pourcentage a été multiplié par 5 (de 5,14 % à 25,71 %).

Cette progression est surtout nette depuis 4 ans, c'est-à-dire depuis l'existence des nouveaux pavillons A, B, C, D accueillant les convalescents.

En fait il faut distinguer deux périodes :

- De 1966 à 1968 on trouve uniquement dans ce secteur des personnes pensionnaires de la Maison de Retraite valides ou non valides, qui à l'occasion d'une affection aiguë (cardiopathie décompensée, bronchopneumopathie, déséquilibre d'un diabète, etc...) doivent être suivies journellement sur le plan médical par l'interne ou les médecins ; durant cet épisode aigu ces pensionnaires sont, sur le plan administratif, versés dans le secteur "malade", c'est-à-dire que pendant cet épisode leur prix de journée est celui du secteur malade et pris en charge par la sécurité sociale.

- A partir de 1969 ce secteur est alimenté par deux sortes de personnes :

. d'une part les pensionnaires de la Maison de Retraite lors d'une maladie aiguë comme précédemment,

. d'autre part les "convalescents" : c'est-à-dire des personnes qui à la sortie de leur hospitalisation dans un hôpital lyonnais généralement, viennent passer un séjour de convalescence d'une durée variable pouvant aller jusqu'à deux mois suivant leur état.

En fait ces convalescents sont aussi versés sur le plan administratif dans le secteur "malade" car d'une part le prix de journée de cette convalescence identique à celui des pensionnaires malades est pris en charge par la sécurité sociale, d'autre part leur état nécessite le plus souvent une surveillance médicale journalière.

TABLEAU IV

Année	Journées d'hospita- lisation TOTAL	Journées d'hospit. en VALIDE	Pourcen- tage par rapport au total	Journées d'hospit. NON VÁLIDES	Pourcen- tage du total	MALADES	Pourcen- tage du total
1974	329077	87258	26,51	157221	47,78	84598	25,71
1973	329068	105485	32,06	147223	44,74	76360	23,20
1972	344003	120447	35,02	167908	48,82	55618	16,16
1971	355007	134603	37,91	183348	51,65	37056	10,44
1970	367788	164050	44,61	168094	45,71	35584	9,68
1969	385255	175278	45,50	170753	44,32	39924	10,18
1968	386491	192166	49,72	165449	42,86	28676	7,42
1967	408652	229904	56,30	153537	37,54	25211	6,16
1966	417724	244280	58,48	151961	36,38	21433	5,14
1965	425520	270645	63,75	153875	36,25	0	
1964	438888	297957	67,90	140931	32,10		
1963	426935						
1962	429219						
1961	431667						
1960	434352						
1959	432340						
1958	428294						
1957	424108						
1956	426571						
1955	435607						

Evolution du nombre de journées d'hospitalisation,
et en fonction de chaque catégorie de pensionnaires
depuis 1955

TABLEAU IV bis

Année	Journées d'hospitalisation en MALADE						Journées d'hospit.
	Total	Pourcentage	Pensionnaires malades	% par rapport au total	Convalescents	%	Total
1974	84598	25,71	20715	6,40	63883	19,31	329077
1973	73360	23,20	22800	6,93	53566	16,27	329068
1972	55618	16,16	24373	7,08	31245	9,08	344003
1971	37056	10,44	18506	5,21	18550	5,23	355007
1970	35584	9,68	17865	4,85	17779	4,83	367728
1969	39224	10,18	22648	5,88	16576	4,30	385255
1968	28676	7,42	26676	7,42			386491
1967	25211	6,16	25211	6,16			408652
1966	21483	5,14	21483	5,14			417724

Le tableau IV bis montre depuis 1966 l'évolution du nombre et du pourcentage de journées de "malades" pour les deux catégories ainsi délimitées : pensionnaires malades et convalescents.

Ce tableau permet de tirer plusieurs conclusions :

- Tout d'abord, le nombre de pensionnaires de la Maison de Retraite malades subit quelque variation mais n'évolue pas tellement, par contre comme le nombre total de journées d'hospitalisation diminue chaque année on peut conclure que de plus en plus de pensionnaires hébergés à la Maison de Retraite ont une santé précaire et sont en quelque sorte des "malades" en puissance.

- En ce qui concerne le nombre de journées d'hospitalisation des convalescents la progression est constante et nette depuis 1969 :

. Pendant les deux premières années 1969 et 1970 seul le pavillon Bonnefond reçoit des convalescents.

. En 1971 le pavillon A ouvre et accueille également des convalescents.

. Enfin le pavillon B en 1972 et C en 1973 en reçoivent aussi, tandis que le pavillon Bonnefond change une nouvelle fois d'orientation ; il héberge désormais des pensionnaires valides de la Maison de Retraite.

Donc en 1974 trois pavillons A, B, C hébergent des convalescents : pendant cette même année près de 20 % du total des journées d'hospitalisation concerne cette catégorie de personnes.

En définitive, les pensionnaires de la Maison de Retraite ne sont plus du tout les mêmes en 1974 que ceux hébergés en 1955. Au cours de ces dix dernières années le nombre de "malades" n'a cessé de progresser et les pensionnaires non valides sont presque en majorité dans l'effectif total ; inversement on note une diminution importante de la catégorie valides. Pour toutes ces raisons la vocation hospitalière de la Maison de Retraite s'affirme de plus en plus.

Conclusions du chapitre II

Au terme de cette étude sur l'évolution de la Maison de Retraite depuis une vingtaine d'années, on peut conclure que l'établissement a connu pendant cette période de nombreuses et importantes mutations :

- Sur le plan administratif et juridique,
la Maison de Retraite devient un établissement public avec autonomie de décision et de gestion.

- Sur le plan de son activité : là aussi de grands changements qui sont peut-être les plus importants :

- . amélioration des conditions d'hébergement dans les anciens bâtiments,
- . rénovation complète des anciennes infirmeries, construction de nouveaux pavillons pour l'accueil des convalescents ou malades,
- . augmentation importante du personnel médical et paramédical,
- . hébergement des pensionnaires non valides ou malades en progression constante alors que le nombre des valides s'amenuise de jour en jour.

Toutes ces raisons permettent d'affirmer une volonté de médicalisation de la Maison de Retraite qui s'oriente chaque année un peu plus vers un établissement à vocation hospitalière.

CHAPITRE III

PRESENTATION ET FONCTIONNEMENT DE LA MAISON DE RETRAITE ACTUELLEMENT

I - ORGANISATION ADMINISTRATIVE ET JURIDIQUE DE LA MAISON. PERSPECTIVES D'AVENIR

La Maison de Retraite du Mont d'Or d'Albigny-sur-Saône est un établissement public, donc à but non lucratif ; les biens meubles et immeubles, terrains, titres et rentes appartiennent en propre à l'établissement.

C'est le conseil d'administration, dont nous avons étudié précédemment la formation, et le directeur qui assurent la gestion de l'établissement.

Dans le chapitre précédent nous avons vu comment par la loi du 31.12.1970 et le décret d'application du 2 mars 1972, la Maison de Retraite avait été classée comme établissement à "caractère social".

Il est certain qu'actuellement l'établissement ne correspond plus à une Maison de Retraite ; en effet dans le chapitre précédent nous avons montré que l'évolution médicale se fait de plus en plus sentir.

L'activité hospitalière de l'établissement ne fait que s'accroître et est devenue nettement prépondérante sur le côté Maison de Retraite proprement dit (hébergement seul des personnes âgées) qui ne cesse de diminuer.

Cet état de fait a attiré l'attention du conseil d'administration qui, dans sa réunion du 11.2.1976, a décidé de demander le classement de la Maison de Retraite en établissement de cure médicale et convalescence pour personnes âgées ; de ce fait la Maison ne serait plus considérée comme un établissement à caractère social, mais comme un établissement hospitalier.

Cette demande approuvée par les autorités de tutelle doit être présentée devant la commission régionale de l'équipement sanitaire, puis devant la commission nationale de l'équipement sanitaire.

L'établissement se trouve maintenant à la croisée des chemins, et ce changement de statut correspondrait plus à son activité actuelle ; en outre il permettrait, grâce aux facilités de crédit et d'équipement qui en résulteraient, d'assurer définitivement la voie dans laquelle la maison s'engage résolument.

II - SITUATION MATERIELLE ET LOCAUX

La Maison de Retraite est située dans la commune d'Albigny-sur-Saône. Construite au pied des Mont d'Or, dans un site champêtre à proximité des berges de la Saône, elle bénéficie d'une situation privilégiée loin des nuisances de la ville ; il faut simplement regretter l'existence d'une voie ferrée trop proche des bâtiments qui peut gêner parfois le repos des personnes âgées.

A) LES LOCAUX (cf : schéma p. 38)

Par souci de clarté nous avons séparé ce paragraphe en 2 parties :

- les anciens bâtiments qui existaient avant le plan de modernisation,
- et les nouveaux bâtiments construits lors de grandes modernisations.

1) Les anciens bâtiments : comprennent

. Le bâtiment central où l'on trouve deux groupes d'infirmières. Sur 4 étages : L2, L3, L4, L5 et K2, K3, K4, K5. Dans ces infirmeries sont hébergés des pensionnaires du secteur "malade" ou nécessitant une surveillance médicale continue ainsi que des pensionnaires du secteur "non valide". Un tout petit nombre de lits est occupé par des valides.

. Les deux bâtiments latéraux ou Annexes encore appelés infirmerie hommes M, infirmerie femmes N.

- Dans l'annexe N, d'une capacité de 37 lits, on trouve presque uniquement des pensionnaires femmes, non valides grabataires, dans des chambres de plus de 5 lits.

- Dans l'annexe M, sont situées sur trois étages des infirmeries (M1, M2, M3) qui hébergent le même type de pensionnaires que le bâtiment central mais uniquement des hommes.

. Derrière ce groupe de bâtiments on trouve le bâtiment H qui abritait il n'y a pas si longtemps sur deux étages des dortoirs de plus de 60 lits ; actuellement dans chaque étage (H3 et H4) 17 pensionnaires valides sont logés en chambre individuelle ou en chambre à 2 lits.

. Le bâtiment E ou bâtiment ouest est situé à l'ouest. Il héberge un peu plus d'une centaine de pensionnaires valides dans des chambres de 3, 4 ou plus pour la majorité.

. Dans le Pavillon Bonnefond il existe 54 lits en chambres indi-

TABLEAU V

	Répartition des lits existants dans les					
Noms des services	chambres individ.	chambres à 2 lits	chambres à		chambres de plus de 4 lits	TOTAL
			3	4		
<u>Bâtiment central</u>						
L2			15			15
L3	2	2	18	8		30
L4	5	2	24			31
L5	2	2	27	4		35
K2				12		12
K3	1	4	6	20		31
K4	4	6	24			34
K5	3	12	24			39
<u>Annexes</u>						
M1	2	10	9			21
M2	1	16	6			23
M3	2	14	6			22
N2					37	37
<u>Bâtiment H</u>						
H3	3	14				17
H4	5	12				17
<u>Bâtiment Ouest</u>						
E1		14	15	12		41
E2			39	8	30	80
<u>Bonnefond</u>	12	42				54
<u>Accueil</u>	7	52				59
<u>Nouveaux Bâtiments</u>						
A	32	32	12			76
B	32	32	12			76
C	32	32	12			76
D	33	32	12			77
Résidence	25	40				65
Total général	206	370	261	64	67	968
Pourcentage	21,28 %	38,22 %	26,96%	13,54 %		100 %

Répartition des lits existants en chambres à 1, 2, 3, 4 lits ou plus pour chaque service

viduelles ou chambres à 2. Les pensionnaires sont surtout des femmes, ou quelques couples, du secteur Non Valides ou Malades.

. Le pavillon Accueil, d'une capacité de 59 lits en chambre individuelle ou en chambre à 2, abrite presque exclusivement des couples valides.

2) Les nouveaux bâtiments comprennent :

. Les pavillons A, B, C , d'une capacité de 76 lits chacun, où l'on trouve des "convalescents".

. Le pavillon D est d'une capacité égale au précédent. 76 lits vont loger des pensionnaires de la Maison de Retraite répartis en majorité dans les secteurs Malade ou Non Valide et en minorité dans le secteur Valide.

. Enfin le pavillon La Résidence compte 65 lits répartis en chambres de 1 à 2 lits, il héberge en priorité des couples du secteur Valide.

Le tableau V montre pour chaque service le nombre de places disponibles en chambres à 1, 2, 3, 4 lits ou plus.

Ce tableau permet de remarquer qu'une grande majorité des places (plus de 85 %) correspond à des chambres de 1, 2 ou 3 lits. Mais il existe encore de nombreuses chambres à 4 lits ou plus (15 %) et un effort de modernisation est à souhaiter.

B) MATERIEL ET AMENAGEMENT DES SERVICES

Nous étudions essentiellement dans ce paragraphe l'équipement en matériel médical de l'établissement ainsi que son aménagement.

Dans le paragraphe précédent nous avons fait une présentation des locaux, et pour la clarté de l'exposé nous pouvons aisément les séparer en deux types distincts :

- d'une part les bâtiments hébergeant par priorité et en très grande majorité des personnes non valides ou malades, que l'on peut désigner : service de non valides comprenant :

- . les deux groupes d'infirmières du bâtiment central (L et K)
- . les deux annexes (M et N)
- . le pavillon Bonnefond
- . les pavillons A, B, C (convalescents)
- . le pavillon D.

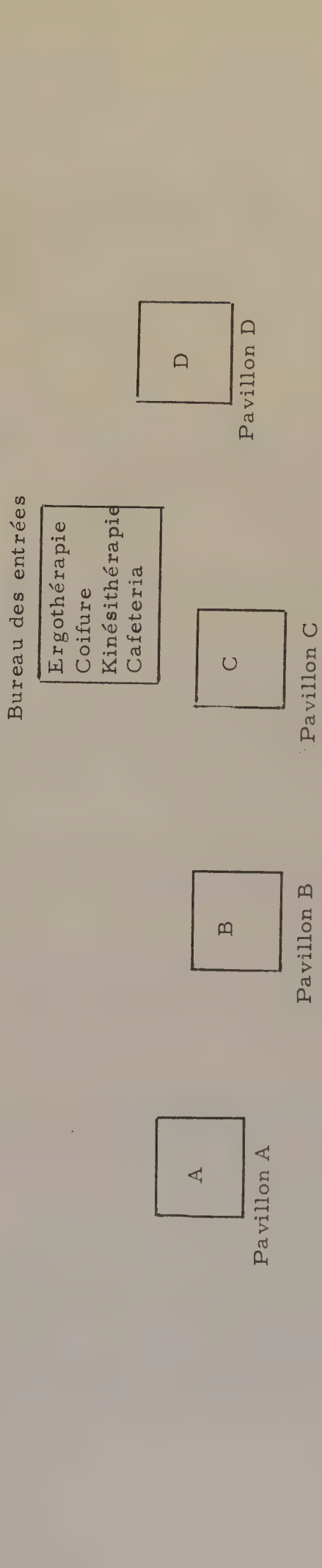
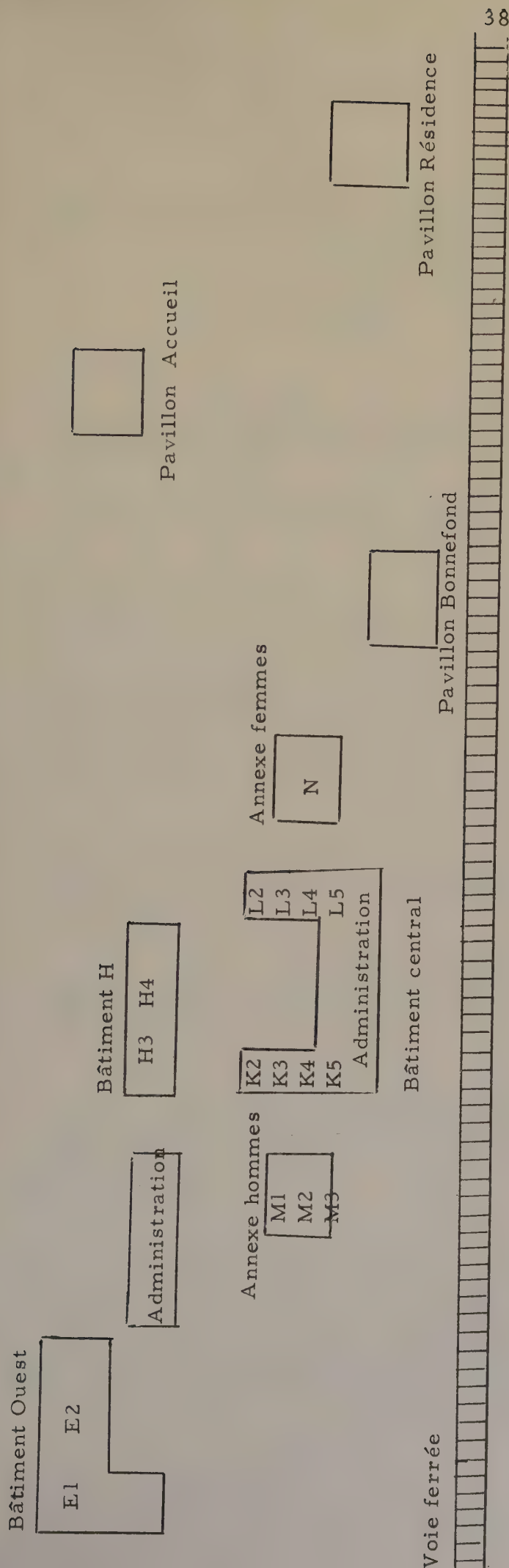


Schéma d'ensemble des principaux bâtiments de la M. D. R.

- d'autre part les bâtiments ou services accueillant en priorité des personnes valides ou service de valides comprenant :

- . le bâtiment ouest : E1 et E2
- . le pavillon H (H3 et H4)
- . le pavillon Accueil
- . La Résidence.

1) Dans les services de valides, l'équipement médical est pratiquement nul ; on note seulement l'existence d'une ou deux "pièces de service" réservées à un agent de service hospitalier qui assure la surveillance et qui appelle l'interne ou le médecin responsable en cas de problème médical.

Chacun des bâtiments des services valides ayant plusieurs étages, ils sont tous équipés au moins d'un ascenseur. En ce qui concerne le confort, la qualité est très variable selon les pavillons :

Le pavillon Résidence qui accueille des couples, est le plus récent (3 ans) et aussi le plus agréable. Situé dans un parc avec pelouse et massif de fleurs, il reste cependant trop proche de la voie ferrée. Les 25 chambres individuelles et les 20 chambres à 2 sont disposées sur 2 étages, et réparties de chaque côté d'un couloir central.

Les chambres individuelles sont meublées et arrangées avec goût, elles sont composées d'un lit, d'une table de nuit, un fauteuil, une chaise, une table ronde, une commode ou armoire pour ranger leurs affaires personnelles.

Elles possèdent un cabinet de toilette pour deux chambres, tandis que les chambres doubles, pourvues du même mobilier pour deux, ont un cabinet de toilette particulier.

Le pavillon Accueil plus ancien, également destiné aux couples, fait l'impression d'être plus austère ; les chambres disposent du même mobilier que celui de la résidence mais l'ensemble étant plus vieux, paraît moins coquet.

Le pavillon H reçoit des femmes valides et offre 34 places sur 2 étages de 17 lits chacun. Les chambres, doubles en majorité, sont disposées de part et d'autre d'un couloir central. Chaque pensionnaire dispose d'un mobilier classique : un lit, table de nuit, une chaise, un fauteuil et une armoire, un lavabo individuel. Les chambres sont vastes, les aménagements qui datent de 1970, en font un pavillon propre mais sans véritable individualité.

Enfin le bâtiment ouest (E1 et E2) qui héberge des hommes valides est sûrement le moins accueillant des pavillons, bien qu'il bénéficie d'un site agréable, car il est construit à flanc de colline, un peu à l'écart des autres bâtiments. En effet les chambres à 3 lits ou plus en majorité, ont été aménagées il y a une dizaine d'années. Le mobilier est spartiate et sans coquetterie. Dans les chambres les peintures sont grises, les ouvertures petites et l'éclairage à peine suffisant.

En ce qui concerne les loisirs et les distractions, chacun de ces pavillons possède au moins une salle où les pensionnaires peuvent se réunir pour bavarder, jouer aux cartes, etc. et regarder la télévision.

Les quatre pavillons sauf le bâtiment H possèdent une salle à manger où les pensionnaires vont prendre leurs repas. Les personnes vivant dans le pavillon H se rendent dans un réfectoire situé dans le bâtiment central.

Au sujet des loisirs qui sont mis à la disposition des pensionnaires de la Maison de Retraite, il faut noter que toute la partie animation est regroupée dans le pavillon Z : celui-ci fait non seulement office de bureau des entrées, mais aussi regroupe une cafeteria sans alcool, un salon de coiffure, une pédicure et un cabinet d'ergothérapie.

La "bibliothèque des hôpitaux" qui passe une fois par semaine, permet aux personnes âgées d'emprunter des livres.

Les pensionnaires ont également la possibilité de "partir en vacances". Il existe chaque année deux séjours de deux semaines, généralement à l'automne, dans les Villages de Vacances Familiales. Les lieux de vacances sont variables, mais se situent le plus souvent dans le midi. Ce sont les pensionnaires eux-mêmes qui font la demande, mais le nombre des "vacanciers" dépasse rarement 20.

Pour les assurés sociaux, la Sécurité Sociale en grande partie et la Maison de Retraite prennent en charge les frais de séjour. Pour les non assujettis à la Sécurité Sociale, c'est la Maison de Retraite qui les prend totalement en charge.

Nous avons particulièrement insisté sur les aménagements des "pavillons valides" et sur les possibilités de loisir offertes car il nous semble particulièrement important de connaître le cadre de vie dans lequel les pensionnaires "résident" et terminent leur vie.

En définitive seuls les pavillons Résidence et peut-être l'accueil sont suffisamment attrayants pour inciter les personnes âgées à résider à la Maison de Retraite. D'ailleurs lors de nos visites dans les bâtiments H ou E surtout, les chambres y étaient souvent vides ... !

2) Les services de non valides ou infirmeries

Ces services ont une fonction évidemment différente des précédents puisqu'ils hébergent soit des personnes malades pendant la phase aiguë de leur maladie, soit des personnes non valides, c'est-à-dire des sujets dont l'état physique ou psychique grève de façon importante leur validité, les obligeant à garder le lit ou la chambre (Parkinson sévère, polyarthrose invalidante, accidents vasculaires cérébraux avec séquelles, désorientation temporo-spatiale marquée, angor sévère, grabataire...).

Dans ces services qui ont tous été rénovés il y a 7 ans au plus, on trouve des chambres à 1, 2, 3 lits, rarement 4. Seul le service N2, qui doit d'ailleurs être modernisé début 77, possède encore des chambres à plus de 4 lits.

Le mobilier est de type classique, semblable à celui qu'on trouve dans de nombreux services des hôpitaux de Lyon.

L'équipement nécessaire aux soins est regroupé pour chaque service dans la salle de soins ou salle des infirmières. Dans aucun service on ne trouve une prise de vide ou d'oxygène ; ce qui fait souvent défaut quand on sait la gravité que peut prendre rapidement une simple "grippe" chez un sujet âgé. On dispose simplement d'une bouteille d'oxygène par service ou pour deux services. Mais dès que l'encombrement est trop important, il faut transférer les malades dans les hôpitaux lyonnais, transfert qui d'une part est coûteux, d'autre part aggrave l'état du sujet.

Par ailleurs, hormis les pavillons A, B, C, D, il n'existe pas de système de sonnette au lit des malades relié au tableau central dans la salle de soins par exemple ...

Dans les infirmeries des anciens bâtiments (K, L, M, N et Bonnefond) c'est une infirmière ou plus souvent des aide-soignantes du fait du manque de personnel, qui dispensent les soins aux malades.

Dans les nouveaux bâtiments A, B, C qui accueillent des convalescents, la surveillance est assurée par un roulement d'infirmières.

En ce qui concerne les examens para-cliniques l'appareillage de l'établissement est assez succinct : en effet la Maison de Retraite dispose d'un appareil de radioscopie et de 4 électrocardiographes dont 3 portatifs dans les bâtiments de convalescents et 1 dans les anciens bâtiments.

Il n'existe pas d'appareil de radiographie, ce qui rend la maison tributaire des services de radiologie des hôpitaux lyonnais ; ainsi par exemple en 1975 la Maison de Retraite a envoyé 292 consultants dans les services de radiologie de Lyon.

La maison ne possède pas de laboratoire de pharmacie pouvant effectuer des examens courants tels que numération formule, ionogramme, sanguin ou urinaire, bilirubine, glycémie ou dosages enzymatiques. Pour ces examens l'établissement dépend

- soit d'un laboratoire privé de Neuville dont les possibilités sont limitées mais qui donnent des résultats rapides,
- soit de l'Institut Pasteur qui peut effectuer toute une gamme d'examens, mais dont les résultats sont plus tardifs (2, 3, 4 jours et plus).

Au terme de ce paragraphe plusieurs remarques s'imposent :

- d'une part si de nombreux progrès ont été faits pour l'amélioration des conditions de vie des pensionnaires dans les pavillons de valides, il apparaît que seuls deux pavillons sur quatre sont actuellement suffisamment attrayants pour retenir des personnes âgées.

- d'autre part si l'évolution des effectifs et le nombre de journées d'hospitalisation montre une certaine médicalisation de la Maison de Retraite, par contre l'équipement médical et para-médical de l'établissement n'a pas suivi une courbe parallèle et ne permet que très difficilement d'assurer les soins médicaux des pensionnaires.

III - FONCTIONNEMENT DES SERVICES

La Maison de Retraite emploie 3 médecins, chefs de service : 2 à temps partiel et 1 à temps complet. Chacun d'entre eux est responsable d'une partie des services.

La répartition s'effectue comme suit :

Secteur I

- Pavillon C : convalescents
- Bâtiment K (K2, K3, K4, K5) : infirmerie et non valides
- Bâtiment M (M1, M2, M3) : infirmerie et non valides
- Bâtiment ouest (E1 et E2) : valides.

Secteur II

- Pavillon Bonnefond (P) : non valides et infirmeries
- Bâtiment N2 : non valides et infirmeries
- Bâtiment A : convalescents
- Bâtiment central L3 : infirmerie non valides
- Pavillon Accueil et Résidence : valides.

Secteur III

Bâtiment L (L2, L4, L5) : infirmeries, non valides

Bâtiment H (H3, H4) : valides

Pavillon B : convalescents

Pavillon D : non valides.

Chaque médecin-chef de service est aidé par 3 stagiaires internes ; 4 internes effectuent les gardes. Il y a donc au total : 3 médecins-chefs de services, 9 stagiaires internés, 4 internes.

Pour chaque secteur, le travail se répartit ainsi : 2 stagiaires internés sont affectés au pavillon de convalescents et 1 seul stagiaire interné pour les infirmeries ou service non valides.

On pourrait s'étonner de cette répartition, mais en fait les pavillons de convalescents hébergent des personnes pour 1 mois parfois 2, et le roulement est donc assez rapide. Comme la capacité de chaque pavillon de convalescents est de 76 malades, les 2 stagiaires ne sont pas superflus.

Par contre les services de non valides ou infirmeries hébergent des personnes qui sont soit des chroniques, soit des pensionnaires malades pour un laps de temps plus ou moins long ; de ce fait le roulement dans les services de non valides est beaucoup moins important que chez les convalescents. Cependant un seul stagiaire interné pour une soixantaine de personnes apparaît parfois un peu insuffisant.

Dans les infirmeries le stagiaire interné fait un tour tous les matins, s'occupe des problèmes courants et soumet les cas difficiles au médecin chef de service lors de la visite qui a lieu une fois par jour ou une fois tous les deux jours.

Dans les pavillons de convalescents, le rythme est à peu près le même.

Par contre dans les pavillons de valides, hormis une visite annuelle des pensionnaires, il n'y a pas de visite systématique. Le stagiaire interné est appelé par un agent de service lorsqu'il existe un problème médical et selon la gravité du cas il décide ou non de faire passer le sujet en infirmerie pour le suivre du point de vue médical.

Si l'on met à part les services de convalescents, le recrutement des pensionnaires vient en grande partie des hôpitaux lyonnais ; une faible part viennent de leur domicile.

En 1975 sur 150 admissions à la Maison de Retraite, 55 sont en provenance des pavillons de convalescents, 49 directement des services hospitaliers alors que 32 seulement viennent de leur domicile. C'est presque toujours par l'intermédiaire du service social de l'hôpital ou du domicile que se fait la demande d'admission dans l'établissement.

Lorsqu'un pensionnaire arrive en secteur Maison de Retraite, il est muté presque toujours en infirmerie le temps de faire un bilan médical. celui-ci comprend :

- un examen clinique complet
- des examens para-cliniques :
 - . numération formule sanguine
 - . ionogramme
 - . créatinémie
 - . Bordet Wassermann
 - . cuti-réaction
 - . glycémie
 - . examen radioscopique
 - . très souvent électrocardiogramme.

Certains de ces examens ne sont pas faits à titre systématique lorsque par exemple le sujet vient d'un hôpital avec un bilan complet.

Au terme de ce bilan médical le sujet est alors déclaré valide, non valide ou malade et muté dans un service correspondant.

IV - LE PERSONNEL DE LA MAISON DE RETRAITE EN 1975

Le tableau VI (effectif théorique et effectif réel de la Maison de Retraite en 1975) met en évidence la difficulté de recrutement du personnel ; comme dans de nombreux autres hôpitaux cette situation n'épargne pas l'établissement.

Cette situation se fait particulièrement ressentir dans le personnel des services médicaux. En effet la progression constante des pensionnaires non valides ou malades nécessite un personnel (infirmiers, aide-soignants, agents des services hospitaliers) toujours plus nombreux et compétent. Comme nous avons pu le remarquer dans le premier chapitre, un grand progrès a été fait dans ce domaine durant les dernières années mais il reste beaucoup à faire pour certaines catégories de personnel (infirmiers, aide-soignants).

V - FONCTIONNEMENT FINANCIER

A - BUDGET ET PRIX DE JOURNEE

1) Généralités

La Maison de Retraite du Mont d'Or est un établissement public, donc à but non lucratif et elle est soumise aux dispositions financières et

TABLEAU VI

	Effectif théorique	Effectif réel au 31.12.75
I - <u>Direction-Economat</u>		
Directeur	1	1
Attaché de direction	1	1
Service économique	1	1
Total	<u>3</u>	<u>3</u>
II - <u>Personnel administratif</u>		
Chef de bureau	1	1
Adjoints des cadres hosp.	4	2
Agent principal	3	3
Secrétaire médical princ.	1	1
Commis	15	14
Secrétaire médicale	4	4
Autres agents	11	8
Total	<u>39</u>	<u>33</u>
III - <u>Personnel des services médicaux</u>		
Surveillant(e) chef	6	5
Infirmier(e)	18	12
Elève infirmier(e)	3	5
Ergothérapeute	1	1
Aide-soignants	80	73
Elève aide-soignante	10	9
Agent service hospitalier	168	150
Total	<u>329</u>	<u>291</u>
IV - <u>Personnel de</u>		
Pharmacie	2	2
Assistante sociale	2	1
Chef de section technique	1	1
Adjoint technique	2	
Total	<u>7</u>	<u>4</u>
V - <u>Services généraux</u>		
Encadrement	19	17
Personnel spécialisé	112	99
Personnel d'exécution	78	81
Total	<u>209</u>	<u>197</u>
<u>Total général</u>	545	492

Effectif théorique et effectif réel de la M. D. R. en 1975

et comptables applicables aux établissements hospitaliers publics.

Le budget par définition est l'acte par lequel sont prévues et autorisées les recettes et les dépenses de l'établissement. C'est donc un acte de prévision : on prévoit quelles seront les dépenses ou les recettes à effectuer. C'est aussi un acte d'autorisation puisque ce budget approuvé par le conseil d'administration et les autorités de tutelle, permet d'effectuer les dépenses prévues.

Le budget est donc la pièce maîtresse de la vie financière et comptable de l'établissement.

C'est le directeur qui prépare et élabore le budget de l'établissement. Pour être exécutoire ce budget doit être soumis à l'approbation votée du conseil d'administration de la Maison de Retraite ainsi qu'à celle des autorités de tutelle.

2) Structure du budget

Conformément aux usages en vigueur, le budget de la Maison de Retraite se compose de deux secteurs bien distincts :

- La section exploitation ou fonctionnement d'une part.

On trouve dans cette partie toutes les dépenses ou les recettes nécessaires au fonctionnement normal de l'établissement : ex. : frais de personnel, nourriture, soins des pensionnaires, charges sociales, etc...

- La section investissement ou équipement d'autre part.

Cette partie concerne toutes les dépenses ou recettes d'investissement ou d'équipement : ex. : achat d'un bâtiment prévu pour création d'un nouveau service, vente de terrain, réalisation de bénéfice sur un capital prêté avec intérêt, etc...

En 1975 la première était beaucoup plus importante que la seconde : le budget prévisionnel du secteur exploitation atteint : 27.310.850 F alors que la section investissement : 7.255.700 F.

3) Le budget prévisionnel et prix de revient prévisionnel

Le budget de la Maison de Retraite est soumis à la règle générale de l'annualité budgétaire, c'est-à-dire qu'il concerne le fonctionnement de l'établissement pendant une année.

Une des étapes importantes de la réalisation du budget est l'élaboration du budget prévisionnel.

A partir du budget prévisionnel et en connaissant le nombre de journées d'hospitalisation prévu pour chaque section valides, non valides ou malades, on peut ainsi obtenir le prix de revient par section, ainsi que le prix de journée prévisionnel.

Le calcul du budget prévisionnel se fait en partie d'après le budget des années précédentes et c'est une circulaire annuelle établie conjointement par le ministère de la Santé publique, la Sécurité Sociale, le Ministère des Finances et adressée au directeur de l'établissement qui donne les directives en vue de l'élaboration de ce budget primitif.

Cette circulaire a pour but de limiter la hausse des prix de journée dans un pourcentage arbitrairement fixé.

Pratiquement cela signifie que le budget et les prix de journée de 1975 peuvent être supérieurs à ceux de 1974 mais pas au-delà d'un certain pourcentage arbitrairement fixé par cette circulaire.

En fait il faut savoir que des dérogations à cette règle peuvent être accordées ; ainsi la hausse des prix de journée peut être supérieure au pourcentage fixé si l'on présente au conseil d'administration et aux autorités de tutelle lors de l'approbation du budget les raisons et explications justifiant ce dépassement.

Le budget primitif de l'établissement doit être présenté et établi chaque année au 31 octobre de l'année précédente, c'est-à-dire que le budget 1975 doit être prêt avant le 31.10.1974.

Après le calcul du budget et le prix de journée prévisionnel on retranche le déficit ou on ajoute l'excédent de l'avant-dernier exercice : pour le budget 1975 on retranche le déficit de 1973 et l'on obtient ainsi le prix de journée définitif.

En 1975 les prix de journée définitifs par section étaient les suivants :

Valides	: 54,60 F
Non Valides	: 75,50 F
Malades	; 118,90 F

4) Compte administratif

Lorsque l'année s'est écoulée il est nécessaire de faire le bilan de toutes les activités comptables de l'établissement. A cet effet on dresse le compte administratif de l'établissement qui a pour objet de faire apparaître définitivement les résultats des dépenses et des recettes ainsi que le prix de revient réel.

Ainsi pour l'année 1975, le compte administratif de la Maison de Retraite fait apparaître :

- Pour le secteur fonctionnement ou exploitation :

dépenses réelles :	30.745.000 F
recettes réelles :	30.161.523 F
déficit :	583.478 F

- Pour le secteur investissement :

dépenses réelles :	7.674.329 F
recettes réelles :	9.576.082 F
excédent :	1.901.753 F

Pour cette même année 1975, le prix de revient réel par secteur est le suivant :

Valide	:	57,94 F
Non Valide	:	81,88 F
Malades et		
Convalescents	:	119,88 F

B - PAIEMENT DES PRIX DE JOURNEE ET REVENUS DES PENSIONNAIRES

Dans les hôpitaux publics, les frais d'hospitalisation sont pris en charge par la Sécurité Sociale pour la plus grande partie quand le sujet est assuré, et le complément est versé par une assurance complémentaire si le sujet en bénéficie.

De plus les aménagements font que souvent les règlements se font directement entre les organisations de Sécurité Sociale, les assurances et les hôpitaux.

Il nous est apparu intéressant de connaître quelles étaient les modalités de règlement des frais d'hébergement à la Maison de Retraite du Mont d'Or.

Il faut savoir tout d'abord que les frais d'hébergement des personnes en convalescence (pavillons A, B, C) et des pensionnaires de la Maison de Retraite déclarés malades sur le plan administratif sont pris en charge intégralement par les organismes d'assurance maladie de la Sécurité Sociale.

Nous nous occuperons donc dans ce paragraphe des pensionnaires de la Maison de Retraite qui sont :

- soit dans le secteur valides
- soit dans le secteur non valides.

Rappelons que le prix de journée par pensionnaire (et par jour) est en 1975 de 54, 60 F pour les valides et 75, 50 F pour les non valides.

Lorsqu'une personne arrive dans l'établissement, elle doit déclarer si elle peut ou ne peut pas payer les frais d'hébergement :

1) Les pensionnaires payant

Si le sujet peut payer les frais (retraite suffisante ou aide financière de la famille), il n'y a pas de problème : le sujet règle tous les mois au receveur de la Maison de Retraite le montant des frais ; ce sont les pensionnaires payant et comme nous le verrons par la suite, ce sont les moins nombreux.

2) Lorsque le sujet ne peut pas payer les frais (retraite insuffisante), la procédure est plus complexe :

La personne doit faire une demande de prise en charge de ses frais de séjour à l'Aide sociale, organisme qui dépend de l'ADASS (action départementale d'aide sanitaire et sociale) au niveau départemental. A la suite de la demande de prise en charge par l'aide sociale, une enquête est ouverte pour connaître les ressources exactes (revenus, biens, etc.) de la personne en question, mais aussi les ressources des débiteurs alimentaires, c'est-à-dire de ses enfants et petits-enfants.

Pendant la durée de cette enquête souvent longue (plusieurs mois, parfois plus d'un an car il faut rechercher les enfants et petits-enfants souvent dispersés), les frais de séjour sont pris en charge par l'établissement.

Au terme de cette enquête, 2 possibilités :

- rejet pur et simple de la demande de prise en charge par l'aide sociale,
- acceptation de la demande de prise en charge par l'aide sociale.

a) rejet de la demande de prise en charge

L'aide sociale refuse de prendre en charge les frais d'hébergement ; cette situation se rencontre lorsque l'enquête aboutit à la conclusion que les ressources du sujet ou des débiteurs d'aliments sont suffisantes pour couvrir les frais.

Dès lors la Maison de Retraite se met en contact avec tous les débiteurs d'aliments et leur demande de régler les frais par entente amiable entre eux. De plus ils doivent payer les arriérés : c'est-à-dire les frais de séjour pendant la durée de l'enquête.

Si un litige survient, soit entre les codébiteurs et la Maison de Retraite, soit entre les codébiteurs eux-mêmes, l'affaire est alors portée en justice pour fixer les montants respectifs de l'obligation alimentaire.

b) acceptation de la demande de prise en charge

L'aide sociale donne son accord pour prendre en charge les frais d'hébergement lorsque l'enquête a montré que le sujet et/ou les débiteurs alimentaires n'avaient pas des ressources suffisantes. L'aide sociale prend alors en charge la totalité de ces frais ainsi que les arriérés.

Parfois l'enquête aboutit à une troisième solution intermédiaire ; c'est-à-dire que l'aide sociale prend en charge une partie des frais et le reste est couvert par les débiteurs alimentaires dont la participation est calculée en fonction de leurs ressources.

C - REVENUS DES PENSIONNAIRES

En définitive, d'après le paragraphe précédent, le mode de règlement des frais de séjour se fait de 2 façons principales :

soit le sujet est payant : lui-même ou ses enfants peuvent payer les frais d'hébergement

soit le sujet est non payant : et c'est l'aide sociale qui règle la facture.

1) En fait il faut apporter quelques nuances à ce schéma :

Payant ou non payant, il est assez rare que le sujet ne jouisse d'aucun revenu : rente, retraite ou pension.

a) Si le sujet est payant, il règle les frais d'hébergement seul ou avec l'aide de sa famille, et garde le reste de ses revenus pour lui.

b) Si le sujet est non payant, c'est l'Aide sociale qui paye les frais. En revanche il doit verser 90 % de ses revenus à l'Aide sociale et peut garder pour lui les 10 % restant. Actuellement ces 10 % doivent correspondre à un minimum de 70 Francs par mois, ce qui suppose un revenu mensuel égal au moins à 700 F.

Donc encore deux éventualités :

- Si le pensionnaire a plus de 700 F par mois, 90 % de ses revenus sont prélevés et versés par l'intermédiaire du percepteur de la Maison de Retraite à l'Aide sociale. Le pensionnaire garde les 10 % restant qui sont supérieurs à 70 F.

- Si le pensionnaire a un revenu mensuel inférieur à 700 F par mois : Les 10 % sont inférieurs à 70 F par mois, le système est alors dif-

férent : la totalité des gains du pensionnaire est versée à l'Aide sociale, et en retour cette organisation lui donne son minimum de 70 Francs par mois.

Ces 70 F minimum par mois correspondent à l'ancien "sou de poche" créé en 1930 par Monsieur Richerand. Actuellement on peut à peine parler d' "argent de poche".

2) Remarques :

En 1975 le prix par pensionnaire et par jour était de 54,60 F pour les Valides et 75,50 F pour les Non Valides, ce qui correspond à un prix mensuel de 1638 F pour les premiers et de 2265 F pour les seconds.

a) Pour les valides, le prix est assez élevé. Il est certain que la modernisation et la médicalisation des services s'est aussi répercutée dans les frais de séjour ; d'ailleurs cette hypothèse se confirme lorsqu'on note la diminution du nombre de valides hébergés.

Les personnes valides avec un revenu mensuel égal (1638 F) préfèrent sans aucun doute rester chez elles, dans leur cadre de vie où elles peuvent vivre sinon mieux, au moins aussi bien. En effet les personnes valides habitant à la Maison de Retraite sont rarement indemnes de maladies ; elles suivent souvent un petit traitement (hypertension légère, petite insuffisance cardiaque, arthrose peu invalidante) qui entre en jeu pour le calcul du prix de journée ; mais ne permet pas de les verser dans le secteur malade en dehors des phases aiguës de maladie.

Or en secteur malade le prix de journée est pris en charge par la Sécurité Sociale ; de même ces personnes à leur domicile seraient déchargées des frais médicaux (médicaments, visite ou consultation) par la Sécurité Sociale.

En dehors de toute autre considération, on distingue là une sorte d'inégalité.

b) Pour les pensionnaires non valides, tous ont besoin à des degrés variables, d'un traitement, de l'attention et des soins du personnel para-médical, de la visite du médecin, des internes, du kinésithérapeute, etc... Tous ces frais entrent en jeu dans la détermination du prix de journée.

Cela pose un problème car pour la Maison de Retraite, ces "Non Valides" reviennent presque aussi cher que les pensionnaires malades. Or pour les malades le prix de journée est de 118,90 F (en 1975) et le prix de journée "Non Valides" de 75,50 F.

Si l'on se place du point de vue des pensionnaires, il y a là aussi une injustice car le prix de journée malades est pris en charge par la Sécurité

Sociale alors que pour les Non Valides, les frais sont pris en charge à la fois par l'Aide Sociale et par le sujet qui lui verse 90 % de ses revenus.

3) Revenus des pensionnaires

Connaissant les frais d'hébergement à la Maison de Retraite, il nous est apparu important de chercher quels étaient les revenus des pensionnaires.

Au 31.12.1975 la population totale de l'établissement comptait 848 personnes, parmi lesquelles 207 convalescents, pris en charge par la Sécurité Sociale.

Restent 641 personnes dans le secteur Maison de Retraite proprement dit ou "Hospice". Sur 641 :

- 50 sujets en "instance", c'est-à-dire faisant l'objet d'une enquête pour déterminer s'ils pouvaient bénéficier ou non de l'Aide Sociale.

Sur les 591 restant :

- 535 personnes bénéficient de l'Aide sociale
- 56 seulement peuvent payer.

Grâce à la collaboration du percepteur d'Albigny, nous avons pu connaître le détail des revenus des pensionnaires, et nous avons pu ainsi dresser une statistique portant sur 300 personnes (150 hommes et 150 femmes) vivant à Albigny.

Cette statistique porte sur les revenus des sujets bénéficiant de l' "Aide Sociale", donc des "Non payants" et ne concerne pas les "payants".

Le tableau VII (Répartition des revenus des pensionnaires) et le graphique I (Pourcentage des pensionnaires par tranche de revenus) permettent d'apprécier la répartition des revenus par tranche de 100 Francs.

Les revenus très modestes sont en majorité puisque que près de 70 % des pensionnaires ont un revenu inférieur ou égal à 800 francs par mois, et que seulement 17,30 % des pensionnaires hébergés ont un revenu mensuel supérieur à 1000 francs.

Il n'y a pas de grosse différence entre les hommes et les femmes.

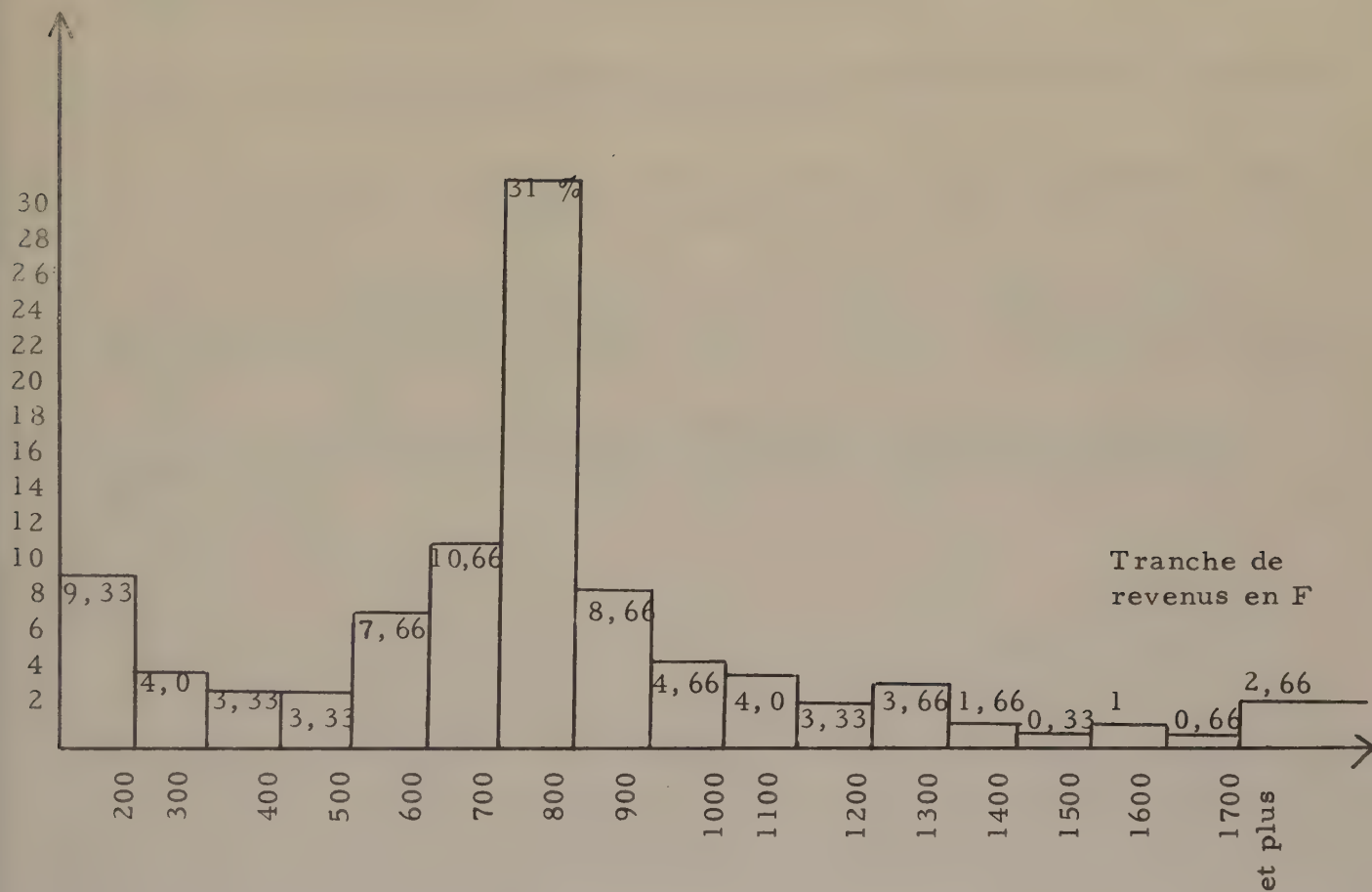
C'est dans la tranche de revenus de 701 F à 800 F par mois que l'on compte le plus de pensionnaires : 31 % de notre statistique, alors qu'un peu plus de 9 % des pensionnaires ont un revenu inférieur à 200 F par mois.

TABLEAU VII

Tranche de revenu	Femmes	Hommes	TOTAL	
			Nombre	Pourcentage
Moins de 200 F	8	20	28	9,33 %
201 F à 300 F	4	8	12	4 %
301 F à 400 F	5	5	10	3,33 %
401 F à 500 F	5	5	10	3,33 %
501 F à 600 F	16	7	23	7,66 %
601 F à 700 F	16	16	32	10,66 %
701 F à 800 F	44	49	93	31 %
801 F à 900 F	14	12	26	8,66 %
901 F à 1000 F	8	6	14	4,66 %
1001 F à 1100 F	5	7	12	4 %
1101 f à 1200 F	6	4	10	3,33 %
1201 F à 1300 F	9	2	11	3,66 %
1301 F à 1400 F	2	3	5	1,66 %
1401 F à 1500 F	0	1	1	0,33 %
1501 F à 1600 F	2	1	3	1 %
1601 F à 1700 F	2	0	2	0,66 %
1700 F et plus	4	4	8	2,66 %
Total	150	150	300	100 %

Répartition des revenus des pensionnaires

Pourcentage
des pensionnaires



Graphique I : Pourcentage des pensionnaires par tranche
de revenus

Conclusion du IIIe chapitre

Ce troisième chapitre concernant la présentation et le fonctionnement actuel de la Maison de Retraite nous amène plusieurs remarques :

. Malgré la création de nouveaux bâtiments et la transformation des anciens, la situation actuelle n'est pas idéale ;

- d'une part le manque de médicalisation (personnel et équipement insuffisant) se fait sentir pour les non valides ;

- d'autre part les conditions d'hébergement et les loisirs n'apparaissent pas assez attrayants pour retenir les personnes valides.

. Le changement de statut prévu pour les années à venir, de la Maison de Retraite en établissement de cure médicale et de convalescence pour les personnes âgées permettra peut-être de résoudre certains problèmes.

. Enfin le dernier paragraphe montre le nombre important de pensionnaires disposant de faibles revenus et le rôle de l'Aide sociale.

CONCLUSIONS

En définitive ce travail, qui représente la première partie d'une étude plus générale sur la M.D.R. du Mont d'Or nous permet de faire plusieurs remarques :

. Depuis une vingtaine d'années la Maison de Retraite a connu de nombreuses mutations, et l'évolution s'est manifestée dans plusieurs domaines :

- Sur le plan administratif et juridique, la M.D.R. devient un établissement public avec autonomie de décision et de gestion,
- Sur le plan de son activité, là aussi de grands changements : "l'Hospice" de 1950 se médicalise et la M.D.R. s'oriente chaque année un peu plus vers un établissement à vocation hospitalière.

. Le dernier chapitre concernant la présentation et le fonctionnement actuel de l'établissement fait apparaître cependant l'existence de certaines lacunes ; en effet si l'on ne peut nier l'évolution décrite dans le second chapitre, on ne peut cacher certaines insuffisances :

- Insuffisance de personnel et d'équipement médical qui se fait ressentir au niveau des pensionnaires Non Valides ou Malades dont le nombre ne cesse de progresser,
- Pour les personnes Valides les conditions de vie en général apparaissent dans certains cas insuffisantes pour retenir ces pensionnaires,
- Enfin le dernier paragraphe présente les problèmes de fonctionnement financiers de l'établissement, et met en évidence le nombre important de pensionnaires disposant de faibles revenus.

Le Président de la Thèse

Louis R...

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LYON, le 7 FEV. 1977

Le Président de l'Université
Claude-Bernard LYON I

Professeur D. GERMAIN

Le Directeur
de l'U.E.R. LYON-NORD

Professeur Ag. J.P. NEIDHARDT

CONCLUSION GENERALE

A travers trois volets d'une étude consacrée à la Maison de Retraite du Mont d'Or à Albigny-sur-Saône, nous avons analysé l'importance de son activité et la place qu'elle tient dans les structures d'accueil des personnes âgées.

De cette analyse nous pouvons tirer les remarques suivantes :

- Certes on ne peut nier l'évolution qui s'est manifestée depuis son origine et notamment durant ces vingt dernières années.

- Néanmoins il persiste encore certaines carences :

- . La médicalisation est encore insuffisante, et cela se fait d'autant plus ressentir que la proportion des pensionnaires non valides ou malades ne cesse d'augmenter.

- . Les conditions d'hébergement et l'environnement psycho-affectif ont un retentissement défavorable sur l'activité des résidents, et plus particulièrement des valides ; rapidement après leur admission dans l'établissement, la plupart des pensionnaires s'enferme dans une indifférence progressivement totale.

- Et enfin il faut constater que le recrutement se fait dans un milieu social défavorisé. Par ailleurs nous remarquons la prédominance des affections médicales dans les motivations d'entrée.

D'une manière plus générale, ce travail pose le problème de la vie des personnes âgées :

- Pour les personnes valides ne disposant pas de ressources suffisantes, la maison de retraite ou les résidences sont actuellement les seules solutions. Il est certain que pour ces personnes le maintien à domicile serait préférable. Il est donc nécessaire pour cela de développer au maximum les mesures sociales en faveur des personnes âgées.

- En ce qui concerne les non valides ou les malades, il semble opportun de faire porter l'effort sur les conditions d'hébergement et de développer une infrastructure médicale adaptée aux personnes âgées.

BIBLIOGRAPHIE

1. AMIGO-BOZZI M. L.
Un hôpital de médecine générale : l'hôpital Sainte-Croix de Lyon. Bilan de l'activité médicale pendant l'année 1973. Perspectives d'avenir.
Thèse médecine Lyon, 1975, n° 61.
2. BEAUJEU GARNIER J.
La population française.
Edition Armand Colin. Collection U₂, 24-29.
3. BERNAND C.
La maison de Nanterre.
Gérontologie, mars 1975, n° 18, 25-33.
4. BRIDGMAN R. F.
L'hôpital et la cité.
Edition du Cosmos. Encyclopédie hospitalière, Paris.
5. CHAPUY P.
Initiation à la gérontologie.
Simep édition, Lyon, 1971.
6. CHEVRANT BRETON T.
Aspects médicaux sociaux de l'éthylisme en maison gériatrique à partir d'une étude de 127 cas à l'hôpital des Invalides.
Thèse médecine Lyon, 1975, n° 162.
7. CHOUSSAT H., GALLEY P., DARTENUC J. Y., VINCEDEAU J.
L'hospitalisation des personnes âgées.
Revue française de gérontologie, 1974, 2, 9-24.
8. CHRONIQUE SOCIALE DE FRANCE
Troisième âge, tiers monde de la vie.
Janvier-février 1975.
9. CLEMENT F.
Enquête sur les motifs, conditions de séjour et besoins des personnes âgées dans les Maisons de Retraite Privées.
Revue française de gérontologie, 1969, 15, 4, 244.

10. COMPTES MORAUX DE LA MAISON DE RETRAITE DU MONT D'OR
Années 1955-1974.
11. DARONDEAU - MAURY J.
La maladie, la vieillesse et l'hospice.
Thèse médecine Toulouse, 1967, n° 24.
12. FOUILLET C.
Hospitalisation des personnes âgées en long séjour : conditions socio-familiales à l'entrée et motif d'hospitalisation.
Thèse médecine Lyon, 1975, n° 154.
13. GUILLEMARD A. M.
La retraite : une mort sociale (Sociologie des conduites en situation de retraite)
Edition Mouton, 1972.
14. GUY A.
De l'hospice au complexe hospitalier gériatrique - Expérience du Mans.
Revue française de gérontologie, 1969, 15, 6, 341-347.
15. HATZFELD H. et MENARD G.
Cent personnes âgées à revenus très modestes.
Gérontologie mars 1975, 18, 51-61 - juillet 1975, 19, 47-59.
16. JUNOD J. P.
Problèmes gériatriques et psycho-gériatriques dans le cadre de l'hôpital de gériatrie.
Revue française de gérontologie, 1973, 6, 13-16.
17. LACHEZE-PASQUET P.
L'administration de l'hôpital.
Berger Levrault, 1974.
18. LAPORTE M. F.
Enquête médico-sociologique dans une population de personnes âgées.
Thèse médecine Toulouse, 1968, n° 28.
19. LAURENT M. et GUY A.
Maintien à domicile et hospitalisation des personnes âgées.
Les cahiers Sandoz. Mars 1975, n° 29.
20. MEDICOGRAPHIE
Les Magnalias : pour une retraite très médicalisée.
Février 1976, n° 6, 14-16.

21. MEDICOGRAPHIE

Senlis : vers un hospice pilote.
Mars 1976, n° 7, 17-18.

22. PEQUIGNOT, RIEU, CAMBIER

Isolement social, hospitalisation et placement des personnes âgées.
Feuillet du praticien 1973, 38, 3, 25-27.

23. PHOTHIPHIMMASANE T. S.

Motif d'entrée des personnes âgées à l'hospice de Privas
(enquête médico-sociale).
Thèse médecine Lyon, 1975, n° 776.

24. ROUME-OBLETTE M. T.

Un hôpital de médecine générale : l'hôpital Sainte-Croix de
Lyon. Etude de l'activité au cours de l'année 1973. Données
sociales.
Thèse médecine Lyon, 1975, n° 60.

25. VALLET M.

Rapport de stage pour l'obtention d'un diplôme de psychologie
pratique. Maison de retraite du Mont d'Or.

26. VIGNAT J. P. C.

Le vieillard, l'hospice et la mort.
Thèse médecine Lyon, 1966, n° 41.

